DES MALFORMATIONS

Accidentelles ou Acquises

DU VAGIN

AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,

le Samedi 29 Avril 1899, à 4 heures de l'après-midi,

PAR

Jules CALBAT

Né à Metz (Lorraine), le 1er Octobre 1873.

Examinateurs de la Thèse :

MM. HERRGOTT	professeur.....	*Président.*
BERNHEIM	professeur.....	*Juges.*
SCHUHL	agrégé.....	
FRŒLICH	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1899

DES MALFORMATIONS

Accidentelles ou Acquises

DU VAGIN

AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,

le Samedi 29 Avril 1899, à 4 heures de l'après-midi,

PAR

Jules CALBAT

Né à Metz (Lorraine), le 1er Octobre 1873.

Examinateurs de la Thèse :

MM. HERRGOTT	professeur.....	*Président.*
BERNHEIM	professeur.....	*Juges.*
SCHUHL	agrégé.....	
FRŒLICH	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✲, I ✪.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✲, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✲, I ✪, HERRGOTT ✲, I ✪, HECHT ✲, I ✪, BEAUNIS ✲, I ✪.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✲, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✲, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, A ✪, professeur.
Pathologie externe	M. FROELICH, A ✪, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ✪, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ✪, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ✪, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I ✪, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ✪, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✲, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I ✪.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ✪.	GUILLOZ, A ✪.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✲, A ✪.	FROELICH, A ✪.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A ✪.	ANDRÉ.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✲, I ✪, ROHMER, I ✪, VAUTRIN, A ✪. REMY, A ✪, P. PARISOT, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Ⓜ, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de vive gratitude

A MA SOEUR

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR CHARLES HYPOLITTE

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR ALPHONSE HERRGOTT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHUHL

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

A la suite d'un cas très intéressant et relativement rare de dystocie, observé en octobre dernier à la Maternité de Nancy, et causé par des malformations vaginales cicatricielles, M. le Professeur agrégé Schuhl nous conseilla de rechercher, dans la littérature médicale, les quelques observations publiées sur ce sujet, et d'en faire une étude spéciale. C'est ce travail que nous avons entrepris, qui fait l'objet de notre thèse.

La plupart des auteurs divisent les malformations des organes génitaux de la femme en deux grandes classes : 1° Les malformations congénitales ; 2° les malformations accidentelles ou acquises.

Les premières, peu fréquentes, sont des vices de conformation qui se produisent pendant la vie intra-utérine, et résultent, soit d'un arrêt

de développement, soit d'un trouble quelconque dans la formation des organes génitaux. Les données toutes récentes de l'embryologie ont permis d'élucider cette intéressante question ; aussi ces malformations ont-elles été étudiées par nombre d'auteurs, qui se plaçant à différents points de vue, ont publié là-dessus des travaux de valeurs diverses. Nous ne nous en occuperons pas.

Nous bornerons simplement notre étude à la 2e classe d'anomalies, qui comprend les malformations accidentelles ou acquises, dont l'origine est toujours cicatricielle, ainsi qu'on le verra plus loin. Limitant notre sujet au canal vaginal, nous en négligerons le côté gynécologique, pour nous placer exclusivement sur le terrain obstétrical.

Nous avons jugé inutile de faire l'historique de la question, qui a été fort bien traité par quelques auteurs, notamment par M. A. Puech, dans son ouvrage sur : « Les atrésies des voies génitales de la femme » (Paris, 1864) ; par M. J. Lyon, dans sa thèse sur : « Les rétrécissements congénitaux et acquis du vagin » (Paris, 1887), et plus récemment par M. Picot, dans sa thèse sur « Les malformations de l'utérus et du vagin »

(Paris 1891). Dans un premier chapitre, nous décrirons les différentes variétés de malformations acquises que l'on peut rencontrer dans le vagin, leur situation, leur nombre, leur forme et leur consistance. Nous passerons ensuite en revue les circonstances diverses qui ont pu leur donner naissance, en insistant parfois sur le mécanisme qui a présidé à leur formation. La symptomatologie nous arrêtera un moment et nous aidera à dépister ces malformations dans le cours de la grossesse, et surtout, au début du travail, afin de se tenir prêt à parer à tout accident. Avant de passer au diagnostic et au pronostic, nous étudierons les conséquences que peuvent avoir ces malformations sur la grossesse et l'accouchement, ainsi que leur influence réciproque. Enfin, nous terminerons par le traitement, sur lequel nous insisterons d'une façon particulière. Dans ce chapitre, nous essayerons de tracer, aussi clairement que possible, la ligne de conduite de l'accoucheur, en discutant, s'il y a lieu ou non d'intervenir, soit pendant la grossesse, soit au moment de l'accouchement.

En somme, le but de notre modeste travail est l'étude des malformations accidentelles ou

acquises du vagin, comme causes plus ou moins sérieuses de dystocie, en insistant sur leur traitement.

Mais, avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis de remercier bien vivement M. le Professeur Alphonse Herrgott du grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre thèse. Notre reconnaissance lui est tout acquise, car à cette marque de sympathie il en a ajouté une autre, en nous permettant de publier l'observation si intéressante, recueillie dans son service, et qui est le point de départ de notre travail.

Que MM. les Professeurs Gross, Bernheim et Spillmann, nos Maîtres dans les hôpitaux, veuillent bien agréer ici le témoignage de notre profond respect et de notre vive gratitude, pour les précieux enseignements qu'ils nous ont donnés au lit du malade, lorsque nous avions l'honneur de fréquenter leurs cliniques.

Nous nous faisons également un devoir d'assurer de notre entière reconnaissance M. le Professeur agrégé Schuhl, dont nous avons été à même d'apprécier, en plusieurs circonstances, la bienveillante sympathie à notre égard ; dans la rédaction de notre thèse, il ne nous a épargné

ni ses avis judicieux, ni ses conseils éclairés : aussi emportons-nous de ce Maître aimable et dévoué un souvenir inoubliable.

Merci enfin à tous nos Maîtres de la Faculté pour les connaissances qu'ils nous ont fait acquérir, et l'intérêt qu'ils nous ont témoigné pendant le cours de nos études.

DESCRIPTION

Les malformations accidentelles ou acquises du vagin se présentent sous des formes essentiellement variables, selon la cause qui leur a donné naissance. Tantôt elles sont constituées par des brides, des cloisons plus ou moins complètes, obstruant la lumière du vagin, tantôt elles consistent en une sténose plus ou moins considérable du canal vaginal, en une « élytrosténie », c'est-à-dire en un rétrécissement du vagin. Des adhérences peuvent se faire à la suite de circonstances que nous indiquerons plus loin, entre les parois du vagin, sur une étendue variable ; on a alors affaire à une atrésie partielle. Tantôt enfin, les parois sont accolées et soudées ensemble dans toute leur hauteur : l'atrésie est totale. Ces diverses malformations peuvent évidemment se combiner, et il n'est pas rare de voir des brides coexister avec un rétrécissement cicatriciel.

Nous allons passer en revue ces diverses sortes de malformations.

Brides. — Les brides vaginales revêtent des

aspects et des formes diverses. La variété la plus simple consiste en une membrane en forme de croissant ou de faux (bride falciforme). De consistance généralement faible, elle est facilement déchirable avec l'ongle, et épaisse de quelques millimètres seulement. Parfois, ces brides ont une épaisseur plus grande ; elles sont dures, fibreuses, d'aspect nacré, inextensibles, et l'on ne peut les sectionner qu'à l'aide des ciseaux ou du bistouri. Leur position est variable, par rapport aux parois vaginales : elles sont tantôt obliques, un de leurs bords est adhérent, l'autre est libre et flottant dans la cavité vaginale ; tantôt elles sont verticales et alors elles peuvent diviser le canal en deux conduits plus ou moins réguliers ; tantôt enfin, elles sont transversales, et peuvent affecter la forme d'un diaphragme plus ou moins épais, à parois irrégulières ou lisses et partageant le vagin en deux chambres placées l'une au-dessus de l'autre. On rencontre ces brides assez souvent au fond du vagin, près du col, l'un de ses bords prenant même insertion sur lui ; d'autres se trouvent à la partie moyenne enfin, il y en a à la partie tout inférieure, près de l'orifice vulvaire.

Leur nombre est également sujet à variation. Tantôt, et c'est le cas le moins ordinaire, elles sont uniques ; tantôt elles sont au nombre de 2, 3, placées à diverses hauteurs. Nous relaterons plus loin une observation dans laquelle on a trouvé 4 brides saillantes, transversales,

et situées à distance variable, l'une derrière l'autre, de la vulve au col utérin.

Sténose. — Atrésie partielle. — Le rétrécissement peut être causé par une simple cicatrice de consistance et de volume variables. En général, elle est dure, épaisse, fibreuse et même cartilagineuse ; elle se présente soit sous la forme d'un gros noyau, dur, faisant une certaine saillie, soit sous celle de cordons ou de bandes cicatricielles, circulaires, ou en spirale, qui rétrécissent parfois le canal au point de le rendre irrégulier et tortueux.

Le rétrécissement est très souvent constitué par un anneau cicatriciel d'épaisseur variable, de consistance également fibreuse ou cartilagineuse, à bords tantôt épais, tantôt minces et tranchants. Cet anneau cicatriciel oblitère plus ou moins la cavité vaginale : il admet le passage d'une sonde, quelquefois d'un doigt, de deux doigts même, qui y pénètrent le plus souvent avec une certaine difficulté et subissent un degré de constriction variable avec la consistance et l'épaisseur de l'anneau.

Mais bien souvent, le tissu cicatriciel obstrue le canal vaginal sur une certaine étendue ; par suite de la rétractilité bien connue de ce tissu, le vagin n'est pas seulement rétréci, il est encore raccourci. Le fond de sa cavité est parfois occupé par du tissu cicatriciel qui s'étend jusqu'au col utérin, de sorte qu'on ne voit et ne sent plus ni col, ni culs-de-sacs vaginaux, ce que l'on constate fort bien à l'aide du spé-

culum. C'est surtout en pratiquant le toucher vaginal, lorsqu'on veut reconnaître la position du fœtus, que l'on se rend assez facilement compte de cette disposition : on sent alors assez nettement une cloison plus ou moins épaisse, séparant le doigt qui pratique le toucher, de la partie fœtale que l'on cherche à atteindre. Le vagin, dans ce cas, se termine en cul-de-sac à une distance de l'orifice vulvaire, variable avec l'étendue de tissu cicatriciel. Le fond de ce cul-de-sac est généralement occupé par une cicatrice irrégulière, dure, paraissant inextensible, avec quelques cordons plus durs encore, rayonnant tout autour. Ce tissu cicatriciel est percé, dans certains cas d'un petit orifice irrégulier et punctiforme, qui maintient une communication entre la cavité utérine et le vagin.

Ce rétrécissement cicatriciel se rencontre aussi à la partie moyenne et à la partie inférieure du vagin. Il peut, là aussi, ne présenter aucune ouverture, mais parfois on trouve un petit pertuis à peine visible, si exigu, qu'on serait tenté d'en contester l'existence, si l'on ne remarquait à certains moments un léger suintement de liquide blanchâtre ou muco-purulent, provenant soit de la partie supérieure du vagin, soit de la cavité utérine. Cet orifice peut être plus large et permettre l'introduction d'un stylet très fin, voire même, dans certains cas, d'une petite bougie. Au delà du rétrécissement, le vagin peut être normal, mais il est très souvent dilaté, et ses parois présentent des modi-

fications de texture, dues à une plegmasie chronique, dont la conséquence est parfois une abondante secrétion muco-purulente, ou simplement un léger écoulement leucorrhéique.

La presque totalité du vagin est parfois constituée par un canal à parois lisses ou inégales et anfractueuses, circonscrites dans certains cas par des brides plus ou moins épaisses, des replis sigmoïdaux obliquement et horizontalement placés et diversement entrecroisés, laissant entre eux des espèces de ventricules, d'épaisseur variable. Quelques-uns de ces replis peuvent être simples et comme tortueux ; d'autres sont lisses et offrent de la résistance, mais leur dureté comme cartilagineuse peut être plus apparente que réelle et dépendre de leur plus ou moins grand degré de tension.

Atrésie totale ou occlusion. — Dans ce cas, les parois du vagin sont adhérentes dans toute leur étendue : la lumière du vagin a complètement disparu. A sa place se trouve un cordon dur, fibreux, que l'on sent très aisément lorsqu'on pratique le toucher rectal. Ou bien, l'on ne rencontre aucune trace de l'existence antérieure du vagin : la vessie et le rectum sont intimement soudés l'un à l'autre. Dans le chapitre suivant, nous relaterons une observation, qui offre un exemple de cette union intime de la vessie et du rectum, à la suite d'injections vaginales d'acide sulfurique.

Quant aux tumeurs de toute nature, qui

peuvent rétrécir le vagin et être causes parfois de dystocie, nous ne les ferons pas rentrer dans le cadre de notre étude, car elles ne constituent pas, à proprement parler, des malformations accidentelles ou acquises : nous les laisserons de côté.

ÉTIOLOGIE

Les causes capables de donner naissance à ces malformations vaginales sont assez nombreuses, mais il en est une très fréquente, que l'on incrimine dans plus de la moitié des cas : c'est le traumatisme occasionné aux parois vaginales par un accouchement difficile et de longue durée. Voici comment elles se produisent. Lorsque par suite de l'inertie de l'utérus, ou pour un motif quelconque, la tête fœtale presse, pendant un temps plus ou moins long, sur un point du vagin, elle y interrompt la circulation et provoque la gangrène de la portion de paroi comprimée. L'escharre tombe et si les parties dénudées se trouvent en contact, il se produit des adhérences sur une plus ou moins grande étendue : sinon, il se fait une rétraction cicatricielle par formation d'un tissu inodulaire. Quand la lésion est profonde, une fistule vésico ou recto-vaginale peut s'ensuivre ; quand elle est superficielle, c'est un rétrécissement ou une oblitération qu'on a à redouter.

A l'examen des observations rapportées dans

notre travail, on verra que les malformations accidentelles ou acquises du vagin reconnaissent presque toujours pour cause un accouchement antérieur long et pénible, ayant parfois nécessité une application de forceps, ou des soins consécutifs.

Dans un cas de Lipinsky, l'accouchement de longue durée, laborieux, où la tête séjourna longtemps dans le vagin, l'absence de tout secours avaient déterminé la gangrène des tissus et comme résultat définitif la formation de tissu cicatriciel et l'amoindrissement de volume du vagin, dans sa partie inférieure, à un tel degré qu'on ne pouvait introduire une sonde. Le docteur Kask, de New-York, a publié un mémoire très remarquable, dans lequel il a réuni 36 cas d'atrésie vaginale. Dans 15 de ces cas, il est établi que l'accident fut le résultat d'un travail trés long et pénible. Dans un seizième, la maladie fut la conséquence de tentatives d'avortement. Selon Fraska, dans les cas qu'il a observés, presque la moitié avait une origine puerpérale. Cependant, en raison d'un défaut de vitalité des tissus, la sténose du vagin peut succéder à un travail normal, ne s'accompagnant pas de compressions excessives.

Une seconde cause très importante de malformations consiste en brûlures du canal vaginal, par des substances chimiques, faites par les malades elles-mêmes, généralement dans le but criminel de se faire avorter.

Cruveilhier a vu le vagin se terminer en cul-

de-sac à un pouce du méat urinaire, à la suite d'injections vaginales faites avec une solution de sublimé corrosif. M. Pinard rapporte l'observation d'une femme ayant déjà accouché et qui présentait une oblitération du vagin siégeant à sa moitié supérieure ; cette femme s'était donné tous les jours, pendant un mois, des injections de vinaigre pour se faire avorter, au troisième mois de sa grossesse. Nous reproduirons plus loin le cas d'une femme qui, également dans un but abortif, s'était fait, au commencement de sa grossesse, des injections d'ammoniaque ayant provoqué une atrésie cicatricielle complète du vagin (1).

Enfin l'acide phénique, l'azotate d'argent, l'acide sulfurique, le nitrate acide de mercure ont servi, dans plusieurs observations, à provoquer des adhérences et des atrésies cicatricielles. Voici un exemple d'atrésie totale du vagin, provoquée par des injections d'acide sulfurique.

Observation I.

Lombard (de Genève). — *In Archives de Médecine*, 1831, p. 568.

Atrésie totale. — Rupture de l'utérus. — Fœtus mort.

Il s'agit d'une femme, mère de plusieurs enfants, allumeuse de réverbères à Genève, qui s'était fait, dans

(1) Gallois, de Grenoble. — *In Dauphiné Médical*, novembre 1891, n° 11.

le but de provoquer l'avortement, une injection vaginale d'un demi-litre d'acide sulfurique. Le vagin fut détruit en partie, de sorte que la vessie et le rectum étaient immédiatement unis.

M. Lombard réussit à créer une voie au fœtus entre le rectum et la vessie, mais l'utérus était déjà rompu, et le fœtus avait passé dans la cavité abdominale.

Les cautérisations maladroites, pratiquées sur le col utérin malade, à l'aide d'une substance caustique quelconque, ont été également incriminées : elles sont une des causes les plus fréquentes de la production des brides vaginales.

Voici comment les choses se passent, d'après ce qu'a observé J. Lyon (1). « L'opérateur applique un spéculum de Ricord, dont les valves, en s'écartant l'une de l'autre latéralement, laissent en haut et en bas un interstice dans lequel la muqueuse est visible. Si, dans ces circonstances, on porte sur le col utérin, un pinceau chargé de teinture d'iode, d'acide chromique, de nitrate d'argent, etc., on peut toucher, par mégarde, la bande de muqueuse située en bas, entre les valves de l'instrument. Le même fait peut se produire pour la partie de la muqueuse qui est à découvert en haut.

« La résultante en est une brûlure allongée, d'avant en arrière, plus large postérieurement qu'antérieurement Cette brûlure est de minime

(1) J.-J. Lyon. — « Rétrécissements du vagin congénitaux et acquis. » *Thèse Paris*, 1887, p. 15.

importance, étant très superficielle. Mais si on répète les cautérisations du col, on conçoit qu'à la longue ces brûlures surajoutées puissent amener une modification nutritive de la muqueuse qui s'épaissit, se sclérose et devient le siège de brides fibreuses, occupant de préférence la paroi inférieure du conduit vaginal. »

A la suite d'un tamponnement à l'aide de pelotes de coton imbibées de perchlorure de fer, pour des hémorrhagies survenues par adhérence du placenta, on a vu se produire une cautérisation de la muqueuse vaginale. Il en était résulté un anneau cicatriciel dans le vagin, à un centimètre en avant du col, anneau qui laissait à peine passer l'extrémité de l'index.

L'usage prolongé d'injections vaginales trop concentrées de substances astringentes, telles qu'alun, sulfate de fer, sulfate de zinc, acétate de plomb et particulièrement de tannin, dans un but que nous n'avons pas à rechercher ici, peut déterminer des rétrécissements consécutifs qui confinent, assez rarement il est vrai, à l'atrésie complète. On n'a pas vu souvent, toutefois, ces rétrécissements être une cause bien sérieuse de dystocie. A l'encontre de cette opinion, Antoine Hotman, dans son « Traité de la Dissolution du Mariage », rapporte l'histoire d'une femme qui avait mis en procès son mari et l'accusait d'impuissance; elle s'en désista parce qu'elle se trouva enceinte, mais elle s'était, pour l'instruction de son procès, « artificiellement si fort rétrécie » à l'aide de substances

astringentes, qu'elle eut besoin d'un chirurgien à son accouchement.

Les blessures et les plaies de quelque nature peuvent également provoquer un rétrécissement cicatriciel. Le docteur G. Thomas l'a vu survenir à la suite d'une déchirure occasionnée par l'introduction accidentelle d'un morceau de bois dans le vagin. Danyau a observé une sténose vaginale consécutive à une blessure reçue pendant l'enfance ; elle était tellement considérable qu'une sonde de femme pouvait à peine passer. Aussi toutes les fois que l'on constate une plaie en un endroit quelconque du vagin, doit-on surveiller, avec la plus grande attention, la marche de la cicatrisation, et employer un traitement convenable pour que les parties restant en contact ne se réunissent pas. Matheysen rapporte le cas d'une fillette âgée de 4 ans, qui, à la suite d'une chute sur le bord d'une chaise, eut une sténose vaginale. Une application de forceps mal faite et ayant lésé le vagin a pu provoquer un rétrécissement cicatriciel (cas d'Oldham).

Les rétrécissements du vagin, dus à des corps étrangers ayant séjourné longtemps dans le vagin, comme des pessaires, sont relativement rares. Le cabinet pathologique de Prague possède un exemple de pièce du vagin rétreci, provenant d'une femme chez laquelle le pessaire était resté dans le vagin pendant 34 ans. Il existe aussi dans la littérature un cas très analogue (séjour d'une bobine).

La sténose vaginale peut encore se remarquer à la suite de la plupart des maladies générales infectieuses aiguës, telles que : fièvre typhoïde, scarlatine (cas de Schauta et O. Weydlich, que nous rapportons plus loin), rougeole, diphtérie, pneumonie aiguë, lésions post-puerpérales, septicémiques, saprophytiques ou putrides ; à la suite de maladies infectieuses chroniques, telles que : tuberculose, cancer, syphilis, blennorrhagie. La blennorrhagie vaginale agit au même titre qu'une inflammation de nature quelconque du vagin : cette éventualité est d'autant plus à redouter que la maladie est plus chronique et plus intense ou qu'elle se répète un plus grand nombre de fois. Richter et Scanzoni ont opéré un rétrécissement reconnaissant pour origine une éruption de pustules de variole. Briquet a eu, dans son service, une fille publique chez laquelle pareil accident s'est produit (A. Puech).

Velpeau rapporte le cas d'une dame de 46 ans, chez qui, pendant la convalescence d'une péritonite périovarique, il se produisit tout à coup, et sans cause connue, une gangrène du vagin. Grâce à une médication appropriée, la gangrène s'arrêta. Des escharres assez nombreuses se détachèrent, mais le vagin, malgré les mèches et les sondes, se rétrécit considérablement.

Puech et Courty citent des faits de sténose vaginale consécutive au choléra.

L'atrésie peut avoir aussi pour cause une inflammation locale, aiguë ou chronique. Ce

genre de rétrécissement atteint son maximum dans la vaginite granuleuse ou hypertrophique, affection si fréquente chez les femmes enceintes. L'intensité de l'inflammation est quelquefois telle que la muqueuse se trouve privée par place de son épithélium. Alors on peut observer l'adhérence consécutive des parois du conduit, laquelle est due à ce que l'épithélium étant absent, aucun enduit protecteur n'empêche la réunion des parties mises à nu. Scanzoni (1850) a observé à la clinique médicale de Prague une femme chez laquelle, à la suite d'une vaginite puerpérale très intense, il se produisit des érosions très étendues de la muqueuse, qui amenèrent le rétrécissement du canal sur une longueur de 4 cent.

« Les rapprochements sexuels trop fréquents, surtout lorsque le vagin n'est pas habitué à sa nouvelle fonction, chez les femmes nouvellement mariées, par exemple, ou bien le coït pratiqué avec des organes disproportionnés, occupent un certain rang dans la genèse des rétrécissements inflammatoires. Dans ces cas il y a vaginite ou vulvo-vaginite, par suite du traumatisme ; l'épithélium tombe et les parois dénudées se trouvent dans les meilleures conditions pour se souder. C'est, en effet, ce qui a lieu (1). »

Enfin, ajoutons sans qu'il soit besoin d'insis-

(1) L. Debrand. — Rétrécissements du conduit vulvo-vaginal, Paris, 1884, p. 58.

ter, que toute intervention opératoire sur le canal vaginal peut amener une atrésie consécutive. On cite un cas dans lequel des échinocoques intrapelviens furent le point de départ d'un rétrécissement du conduit vaginal. A la suite d'une ponction, la rétraction produite par la cicatrisation d'un kyste hydatique fut assez forte pour amener la sténose du vagin.

SYMPTOMATOLOGIE

Les principaux signes qui permettent de reconnaître l'existence de malformations du vagin peuvent être rangés en deux groupes :

1° Les signes fonctionnels ;

2° Les signes physiques.

Signes fonctionnels. — En général, ces signes constituent des symptômes d'importance toute secondaire, car dans un grand nombre de cas ils font complètement défaut. Dans d'autres circonstances, ils sont tellement peu accentués et ils se sont révélés chez la malade par une gêne si minime qu'ils n'ont attiré que fort peu et quelquefois même pas du tout son attention ou celle de son entourage. Aussi, est-ce par hasard qu'on arrive à découvrir ces malformations. Voici, en effet, comment les choses se passent. La femme vient, au cours de sa grossesse, consulter pour une affection intercurrente, toute autre que celle que nous étudions. On l'examine, on est amené pour une raison ou pour une autre à pratiquer chez elle le toucher vaginal et l'on est tout surpris de rencontrer à

une distance variable de la vulve un obstacle qui vient gêner l'examen.

En dehors de l'état de gestation, ces symptômes consistent principalement en troubles menstruels et en une difficulté plus ou moins grande des rapports sexuels.

Ces troubles menstruels peuvent aller, dans les cas d'atrésie complète, jusqu'à l'aménorrhée par rétention des règles avec tous les symptômes qui la caractérisent. Quant au coït, il se fait quelquefois assez facilement, mais le plus souvent il est très douloureux et même presque impossible. On conçoit donc, sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage, que ces signes n'aient, pendant la grossesse, qu'une valeur relative et même n'en aient aucune, puisqu'en général l'écoulement menstruel est supprimé.

Il y a cependant un symptôme qui, lorsqu'il existe, a une très grande importance pour poser le diagnostic et qui n'est signalé que par un très petit nombre d'auteurs. Ce symptôme, sur lequel Guéniot (1) a particulièrement attiré l'attention, est constitué par une hyperesthésie vulvo-vaginale qui quelquefois n'est pas très accusée, mais rend, dans certains cas, tout contact de ces parties extrêmement pénible. Dans l'observation de Guéniot, à laquelle nous faisons allusion ici et que nous rapportons plus loin, le toucher vaginal ne put être pratiqué au moment du travail, à cause de la véritable

(1) Guéniot. — *In Archives de Tocologie*, année 1886, p. 200.

terreur qu'il inspirait à la parturiente. Cette hypéresthésie est presque toujours symptomamatique de la présence de brides cicatricielles, et, ce qui le prouve bien, c'est qu'elle disparaît aussitôt après qu'on en a fait la section.

Quelquefois aussi on constate un léger écoulement leucorrhéique et même muco-purulent, provoqué, ainsi qu'on l'a vu, par un état de phlegmasie chronique du vagin.

Au moment de l'accouchement enfin, la longueur du travail constitue un symptôme de malformations vaginales d'une grande valeur.

Signes physiques. — Ce sont les plus importants, car ils permettent d'arriver le plus souvent à un diagnostic rapide et sûr. Ils sont fournis par le toucher vaginal, le toucher rectal, le cathétérisme vésical et l'exploration au spéculum.

Toucher vaginal. — Par ce mode d'exploration, on a la sensation, à une distance variable de l'orifice vulvaire d'une membrane tendue transversalement plus ou moins résistante et arrêtant le doigt qui pratique le toucher : le col et les culs-de-sacs sont inaccessibles. Selon la nature de la sensation éprouvée on pourra reconnaître que l'obstacle est constitué par une simple membrane ou une cloison plus ou moins épaisse, en cas d'oblitération partielle du vagin.

On pourra dépasser l'obstacle et constater la présence du col utérin et des culs-de-sacs vaginaux, dans le cas de cloison incomplète ou d'anneau cicatriciel. Le toucher vaginal permet

également de reconnaître, d'une façon plus ou moins nette, l'existence de brides, de noyaux ou de cordons cicatriciels, avec leurs divers caractères.

Mais il est cause d'une erreur, assez rare il est vrai, mais qui n'en existe pas moins, et qui, par cela même, mérite d'être signalée: en voulant pratiquer le toucher, on pénètre non pas dans le vagin, mais dans le canal de l'uréthre dilaté. Quelques auteurs rapportent le cas de « certains maris ignorants qui, prenant un rétrécissement très prononcé du vagin pour l'état normal, ont voulu créer un chemin là où il n'y en avait pas et ont fini par imposer à l'urèthre une fonction dont la nature ne l'avait pas chargée. On rapporte même le fait d'un accoucheur émérite qui, dans ces conditions, croyait avoir constaté un rétrécissement organique du vagin: il touchait la femme par le canal de l'urèthre et prenait l'écoulement involontaire des urines, qui en était résulté, pour l'écoulement des eaux de l'amnios » (1).

Toucher rectal. — Alors que le toucher vaginal sera parfois impossible, il sera lui, en général, toujours praticable et permettra de reconnaître la nature, la consistance et l'étendue de la malformation.

Le cathétérisme vésical peut aussi être fort utile, combiné avec le toucher rectal, en permettant de constater la distance qui sépare la

(1) L. Debrand. — *Loco citato*, p. 15.

sonde introduite dans la vessie du doigt introduit dans le rectum.

L'examen au spéculum, enfin, quand il sera possible, fera reconnaître l'absence de col, et surtout de culs-de-sacs vaginaux, dans le cas où une cloison serait perforée au point de simuler un col utérin. Il permettra également de se rendre compte de la nature, de l'aspect des noyaux cicatriciels, de la forme, du nombre, de l'étendue et de la disposition des brides ; quand il s'agira de cloison, il montrera surtout le nombre, la situation et la dimension de ses orifices, s'il en existe, d'où s'écoulera parfois un peu de muco-pus ou simplement un liquide leucorrhéique, dont nous avons déjà parlé.

Influence réciproque sur la Grossesse et l'Accouchement.

CONSÉQUENCES

1° Influence sur la grossesse. — Nous avons vu précédemment que les malformations vaginales peuvent gêner jusqu'à un certain point les rapprochements sexuels, et entraîner même parfois la stérilité. Mais bien souvent, malgré la présence de cloisons très épaisses, ne paraissant présenter aucun pertuis capable de laisser passer un liquide quel qu'il soit, malgré une sténose presque complète du vagin, la fécondation peut avoir lieu et une grossesse survenir. Dans ce cas, la grossesse évolue normalement, les malformations vaginales n'ont aucune influence sur sa durée et ne provoquent chez la parturiente, en général du moins, aucun accident sérieux. Bien au contraire, quand elles sont constituées par des adhérences légères, peu solides et peu profondes, leur séparation

peut se faire quelquefois durant la grossesse ; elle est opérée par le développement, le ramollissement des organes génitaux, et par une sécrétion très abondante qui se produit à ce moment. Il est évident que si l'adhérence est jeune et profonde, si elle est compliquée de callosités, elle ne cédera jamais. Moreau a observé une femme enceinte de quatre a cinq mois chez laquelle le vagin ne pouvait admettre le tuyau d'une plume à écrire. Cette disposition, qui donnait beaucoup d'inquiétude, céda aux progrès naturels de la grossesse.

2° Influence sur l'accouchement. — Au moment du travail, les malformations vaginales ont sur la parturition une influence variable. Tantôt elles n'opposent qu'une gêne peu sérieuse à l'accouchement; la dilatation et l'expulsion se font avec une facilité relative, par suite des modifications imprimées par la grossesse aux parois vaginales qui se laissent dilater et au tissu cicatriciel qui se laisse ramollir et distendre. Aussi n'est-il pas rare de voir des cicatrices très dures, très épaisses paraissant inextensibles, et inspirant une certaine inquiétude à l'accoucheur, n'opposer au passage du fœtus qu'une résistance médiocre. Mais ce sont là des cas assez rares.

Tantôt elles constituent un obstacle plus sérieux pour la bonne marche de l'accouchement : les contractions utérines sont alors, pendant quelque temps, impuissantes à vaincre la résistance, le travail traîne en longueur et fa-

tigue beaucoup la femme. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, l'utérus parvient à expulser le fœtus, malgré l'étendue et l'étroitesse de la sténose, malgré la présence de brides dures et épaisses. Tantôt enfin, elles forment un obstacle infranchissable ; il faut intervenir le plus tôt possible, sous peine d'accidents très graves, voire même de la mort, soit de la mère, soit de l'enfant.

Nous allons rapporter, à l'appui de nos assertions, un certain nombre d'observations dans lesquelles l'accouchement a pu s'effectuer sans trop de difficultés, et sans qu'il ait été nécessaire d'intervenir, malgré la présence de brides et malgré une sténose très prononcée.

Observation II.

F. Duparcque. — *In Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée*, 1836, p. 317.

Rétrécissement cicatriciel canaliculaire. — Accouchement spontané.

Mme M..., âgée de 23 ans, à la suite d'un premier accouchement long et laborieux ayant nécessité une application de forceps, eut une vaginite intense qui suppura et provoqua un sphacèle de la muqueuse vaginale, sous forme de lambeaux gangrénés. Quelques-uns de ces lambeaux avaient jusqu'à 2 pouces et demi de long sur un pouce et demi de large. Cette dame guérit.

Quinze mois après, l'auteur, sollicité par le mari,

examine de nouveau cette dame, qui est redevenue enceinte et arrivée au 5e mois de sa grossesse.

L'entrée du vagin parut au premier abord complètement oblitérée au niveau des nymphes, mais, en cherchant avec attention, on sentit au centre de cette espèce de cul-de-sac une dépression circulaire infundibuliforme se terminant en une ouverture beaucoup trop étroite pour admettre l'extrémité du doigt indicateur avec lequel on procédait à l'exploration. Une sonde de femme put seule y entrer et pénétrer dans un canal dont l'étroitesse devait être égale à celle de cette ouverture ; car on ne pouvait imprimer à l'instrument que des mouvements très bornés de bascule et de circumduction. Seulement le bec de la sonde était arrêté, d'espaces en espaces assez rapprochés, par des anfractuosités dont la profondeur ne paraissait pas dépasser de 2 à 4 lignes. Ce ne fut que quand cette sonde eut traversé environ un pouce et demi de ce canal anfractueux qu'elle put être assez facilement inclinée dans tous les sens, ce qui indiquait qu'elle était parvenue au delà du rétrécissement et que, là, le vagin reprenait son ampleur ordinaire.

Rien d'anormal du côté des excrétions urinaires et stercorales. Le toucher vaginal donna les renseignements suivants. Le rétrécissement formait un canal de près d'un pouce et demi de profondeur ; ses parois, inégales et anfractueuses, étaient circonscrites par des brides plus ou moins épaisses, des replis sigmoïdaux obliquement et horizontalement placés et diversement entrecroisés, laissant entre eux des espèces de ventricules plus ou moins profonds. Quelques-uns de ces replis étaient simples et comme tortueux ; tous les autres étaient lisses et offraient de la résistance ; mais leur dureté comme

cartilagineuse pouvait être plus apparente que réelle et dépendre de leur plus ou moins grand degré de tension. Au delà de ce rétrécissement, le fond du vagin, dans lequel on put promener la dernière phalange du doigt explorateur, était ample et sain. On sentait l'utérus développé, mais on ne put parvenir au col. Le terme de la grossesse étant arrivé, tout fut préparé pour une intervention opératoire.

La parturiente fut placée dans la position obstétricale. A mesure que les douleurs avançaient, des mucosités glaireuses s'échappaient à travers le canal rétréci, l'humectaient et assouplissaient sensiblement les brides qui formaient ses parois.

Une éponge imbibée d'eau chaude fut maintenue, appliquée contre la vulve entr'ouverte pour que la vapeur allât coopérer aux mêmes résultats. Les douleurs devinrent plus fortes, plus prolongées et bien espacées. Le col effacé se rapprochant du centre du bassin et du rétrécissement, la dilatation de l'orifice s'effectua graduellement, elle permit de sentir la tête de l'enfant en première position. Les membranes se tendirent et refoulèrent l'ouverture interne du rétrécissement qui céda quelque peu et se rapprocha de l'externe ; dès lors il y eut raccourcissement progressif de ce rétrécissement par ce double acte de dilatation et de refoulement ; mais la matrice fatiguée cessa de se contracter, et les douleurs se ralentirent.

Après une heure de repos, les contractions réapparurent plus intenses ; les membranes qui bombaient fortement au fond du rétrécissement furent rompues. On engagea la parturiente à retenir ses efforts volontaires de peur qu'une impulsion trop violente n'occasionnât

quelque rupture dangereuse. Dans l'intervalle des douleurs, injection émolliente. La tête de l'enfant tendit à refouler et à dilater le rétrécissement, dont l'élargissement et le rétrécissement s'opérèrent lentement. On fut tenté de se servir de la sonde cannelée et du bistouri pour diviser les brides, qui paraissaient présenter un obstacle, mais une nouvelle douleur sembla diminuer cette résistance. Peu à peu le canal rétréci se trouva déprimé au point de ne plus former qu'un anneau d'une ligne et demie d'épaisseur. En même temps il s'élargit, le sommet de la tête s'y engagea de plus en plus et finit par le franchir sans y avoir produit d'autres lésions que de simples et peu profondes érosions. La délivrance et les suites de couches furent normales.

Duparcque eut l'occasion de visiter cette femme quelque temps après, et il fut agréablement surpris de la facilité avec laquelle il put introduire un doigt et même deux doigts dans le vagin. Ses parois étaient encore sillonnées de brides et d'anfractuosités, mais pas au point où il croyait les trouver.

Observation III.

Cazeaux. — *(Traité des Accouchements*, 1870.)

Cloison vaginale. — Accouchement spontané. — Guérison.

Dans le cours de l'année 1837 il se présenta à l'hôpital des cliniques de la Faculté une jeune femme arrivée au dernier mois de sa grossesse.

En pratiquant le toucher, le doigt était arrêté à 3 ou 5 centimètres de profondeur par une cloison parfaitement lisse et n'offrant aucune ouverture sensible au doigt. En l'examinant au spéculum, on put s'assurer que l'obstacle qui arrêtait le doigt était une membrane adhérente aux parois du vagin, dont elle obstruait en ce point complètement la cavité. En poussant l'instrument et en la distendant avec son extrémité, sa surface présentait à peu près un pouce de diamètre. Vers le tiers supérieur et droit de cette cloison, on distingua un petit pertuis par lequel suintaient quelques gouttelettes d'un liquide séropurulent. Ce ne fut qu'avec peine qu'on parvint à faire pénétrer l'extrémité d'un stylet mousse par cette petite ouverture obliquement dirigée de bas en haut et d'avant en arrière ; l'instrument arriva alors dans une espèce de chambre postérieure qui constituait la partie supérieure du vagin.

Dès lors, on s'attendait à quelques difficultés au moment de l'accouchement ; aucun accident, du reste, n'avait entravé la marche de la grossesse. Cette femme fut prise tout à coup et pendant la nuit de douleurs assez faibles pour qu'elle ne crût pas à un commencement de travail ; mais, vers les 5 heures du matin, survinrent des douleurs très énergiques et très rapprochées qui suffirent à l'expulsion du fœtus. Les suites de couches furent heureuses.

Quinze jours après je constatai que la cloison avait été déchirée en trois lambeaux distincts, un inférieur et deux supérieurs. Depuis, j'ai examiné plusieurs fois cette femme, et j'ai pu m'assurer que les lambeaux sont restés isolés.

Observation IV.

Hamonic. — *In Thèse de J. Lyon*, p. 75.

Brides cicatricielles. — Accouchement spontané. — Guérison.

M. A..., âgée de 30 ans, primipare, fille de brasserie, ayant contracté la syphilis.

Après un séjour à l'hôpital de Lourcine elle devient enceinte.

Elle entre le 1er juin 1880 à l'hôpital Saint-Antoine, enceinte de 8 mois. Toujours bien réglée. Rien d'anormal à la palpation et à l'auscultation. On se trouve en présence d'une O I G A.

En introduisant le doigt dans le vagin, on est arrêté à 4 cent. environ par une bride saillante, tendue transversalement, dure, résistante et occupant la paroi inférieure de ce conduit. Cette bride a environ 1 cent. de hauteur dans son étendue la plus considérable, c'est-à-dire vers sa partie moyenne. Derrière cette première bride, au-dessus de laquelle on porte le doigt, on en trouve une seconde à peu près semblable, puis une 3e et une 4e. Ces deux dernières sont en parties confondues entre elles. Elles sont moins saillantes que les deux premières.

Toutes ces brides n'occupent que la paroi inférieure du vagin. Elles se terminent à diverses hauteurs sur les parois latérales de ce conduit. La paroi supérieure est absolument normale. La muqueuse s'y présente avec ses caractères habituels. Il est évident que ces brides ne sont pas liées à un développement défectueux. Il est vraisemblable qu'elles sont de nature cicatricielle.

Faut-il invoquer une plaie, une brûlure par un caustique, ou un ulcère vénérien ? La malade raconte qu'à l'hôpital de Lourcine on lui a fait plusieurs cautérisations dans l'intérieur du vagin, pour des accidents syphilitiques qui existaient en ce point. C'est probablement là l'origine des brides cicatricielles.

Syphilide érosive sur le bord droit de la langue. Traces de syphilides pigmentaires sur les seins et la nuque.

A son entrée à l'hôpital, on constate que la dilatation de l'orifice utérin est de la dimension d'une pièce de 2 francs.

1er juin. — 3 heures et demie de l'après-midi. — Engagement. Dilatation augmente. Rupture de la poche des eaux à 7 heures 1/4. La tête qui est depuis quelque temps dans le vagin semble éprouver une résistance considérable. Les douleurs se succèdent à de très courts intervalles. La femme pousse très fort, et cependant le fœtus n'avance pas.

8 heures et demie. — A la suite d'une violente douleur, la malade perçoit nettement une sorte de craquement et l'on constate que la tête vient de progresser tout à coup d'une façon très notable.

8 heures 40. — Accouchement terminé. Garçon vivant.

9 heures. — Délivrance compliquée d'hémorrhagie.

Le 4 juin. — Au toucher vaginal, on est tout étonné de constater la disparition des brides vaginales dont on sent quelques débris.

Elles ont été déchirées pendant le travail et leur rupture correspond probablement à la sensation de craquement qu'a accusée la malade.

9 juin. — L'enfant cachectisé meurt dans la nuit.

25 juin. — La mère sort en excellent état. Le doigt introduit dans le vagin sent sur la paroi inférieure un petit épaississement irrégulier et assez étendu, occupant environ le 1/3 moyen du conduit. C'est tout ce qui reste des brides vaginales, qui paraissent complètement guéries.

La présence d'adhérences cicatricielles, très solides et très résistantes, peut ne pas être un obstacle à la terminaison naturelle de la parturition. Ainsi Devisac a vu une angustie tellement considérable qu'une sonde de femme n'y pouvait passer. Elle avait été occasionnée par un accouchement long et laborieux. Une grossesse survint, les adhérences se rompirent et l'accouchement ne présenta aucune particularité digne d'être rapportée.

3° Influence de l'Accouchement sur les Malformations. — L'accouchement exerce une influence à peu près constante sur les brides vaginales ; dans la majorité des cas, celles-ci se laissent déchirer par les parties fœtales, poussées au dehors par les contractions utérines. Aussi l'accouchement constitue-t-il un véritable procédé naturel de guérison. « Il agit en déchirant par la distension vaginale, par l'impulsion fœtale, les membranes de cloisonnement et en les réduisant à un simple bourrelet à peine sensible. » Péan a vu un grand nombre de brides vaginales guéries par le seul fait d'un accouchement.

Les sténoses vaginales se laissent également

dilater. « L'issue du fœtus joue un rôle mécanique essentiel à ce point de vue. Il faut cependant lui joindre les modifications vitales que subit la muqueuse vaginale, et les tissus qui la doublent, de par le fait de la parturition (1). »

On peut se demander quelle est la destinée ultérieure des sténoses et des brides ou cloisons, lorsqu'elles sont déchirées par le passage du fœtus, sectionnées ou incisées à l'aide des ciseaux ou du bistouri (ainsi que nous le verrons plus loin, au chapitre du traitement).

De l'examen des observations que nous avons recueillies il résulte :

1° Que les rétrécissements accidentels ou acquis du vagin se reproduisent généralement, et sont aussi étroits qu'avant la parturition, à moins que l'on ne prenne le soin de maintenir ultérieurement le calibre du canal dilaté, pendant un temps suffisamment long. En effet on sait que le tissu cicatriciel a peu de vitalité, et que lorsqu'on le soumet à une distension prolongée, il s'atrophie graduellement.

2° Les brides vaginales sectionnées ne se ressoudent généralement pas après l'accouchement.

Il n'est toutefois pas rare de voir les brides se reproduire au bout d'un certain temps après leur incision. Le plus souvent, elles se sphacèlent et se mortifient, ou bien s'atrophient et subissent un processus de régression.

(1) J. J. Lyon. — *In Thèse*, p. 65.

Mais l'accouchement, abandonné aux seuls efforts de la nature, ne peut parfois se faire tout seul. L'obstacle est invincible et l'accoucheur est obligé d'intervenir sans retard. Nous exposerons au chapitre du traitement quel doit être, selon le cas, le mode d'intervention, et les résultats obtenus.

Conséquences. — Il est un certain nombre d'accidents auxquels sont exposées les parturientes atteintes de malformations vaginales, et qui constituent une complication assez redoutable, puisqu'elle entraîne le plus souvent la mort de la mère et de l'enfant.

Le plus grave et le plus fréquent de ces accidents consiste en une rupture de l'utérus. Le siège de cette rupture est évidemment variable, mais elle se produit, en général, à l'union du corps et du col de l'utérus. Voici comment les choses se passent : « L'utérus, se contractant énergiquement pendant longtemps, épuise ses efforts contre la résistance opposée par le rétrécissement du vagin. Les membranes se rompent, et les eaux s'écoulent.

« La matrice est ainsi en contact immédiat avec le fœtus. Or, d'après Cazeaux, dans l'état de pelotonnement où se trouvent toutes les parties de l'enfant, elles offrent des saillies et des anfractuosités nombreuses, qui rendent très inégale la résistance de l'utérus en ses différents points ; aussi, quelques portions de la matrice sont plus ou moins tendues sur les parties saillantes. L'équilibre des forces est

alors rompu, selon M. Taurin, sur les divers points de la matrice et cet organe se contracte irrégulièrement : les parties non comprimées et restées saines et plus épaisses se contractent avec plus de violence et tiraillent les parties voisines ; ces dernières, déjà distendues par les saillies fœtales, s'amincissent encore, leur résistance diminue de plus en plus, et, incapables de tenir plus longtemps, elles cèdent aux contractions plus énergiques des parties environnantes.

« Lorsque le travail se prolonge outre mesure, la pression exercée par les saillies du fœtus sur les parois utérines, en détermine parfois l'inflammation, l'ulcération la grangrène même, toutes circonstances très propres à lui faciliter la rupture (Cazeaux) (1) »

Bandl, plus récemment, a expliqué, d'une façon différente, la rupture de l'utérus dans ce cas. Cette explication, aujourd'hui admise par la plupart des auteurs, est la suivante.

On sait que le segment inférieur de l'utérus, appelé anneau de Bandl, réuni, pendant le travail, au col effacé et dilaté, forme un canal à parois minces, dit canal de Braune, le corps de l'utérus se contractant énergiquement sans résultats, tandis que les parois minces et extensibles du canal de Braune sont comprimées entre la partie fœtale, qui ne progresse pas, et les parois du bassin. Dans ces conditions, ce

(1) L. Debrand. — *Loco citato*, p. 120.

canal subit une élongation et une distension considérables, qui l'amincissent à un tel point que, ne pouvant supporter une pression plus forte, il se déchire plus ou moins largement.

Enfin, la rupture peut se produire quelques jours après l'accouchement. Elle est due, ainsi que nous l'avons déjà dit, par suite de la longueur du travail, à la compression de la paroi utérine, entre la tête fœtale et la partie osseuse du bassin : il se produit alors du sphacèle consécutif.

A ce sujet, Brossard a rapporté dans sa thèse une intéressante observation qu'il a recueillie dans le service de Porak, à Lariboisière. « Il s'agissait d'une femme ayant un léger rétrécissement du bassin, qui eut un travail très long et fut accouchée au forceps. Tout alla bien jusqu'au 4e jour, quand la malade en faisant un mouvement dans son lit pour prendre son enfant, ressentit tout à coup une violente douleur et présenta en peu de temps les symptômes les plus graves. On diagnostique une déchirure de l'utérus à l'union du col et du corps, au point correspondant au promontoire. Cette rupture s'était faite, au niveau d'une dépression d'un centimètre de profondeur que présentait la paroi en cet endroit. Brossard explique ce fait par la chute d'une escharre consécutive à la pression prolongée qu'avait eu à subir la paroi utérine entre la tête et le promontoire pendant le travail (1). »

(1) Tarnier et Budin. — *Art des Accouchements*, Tome III, p. 505.

On a vu dans l'observation de M. Lombard, de Genève, que nous avons publiée plus haut, un exemple de rupture de l'utérus chez une femme atteinte d'oblitération complète du vagin.

Le docteur Barett, du Kentucky, a rapporté également une observation de rupture de l'utérus pendant le travail, dans le cas d'adhérence très étendue du vagin (Churchill).

Doberty a publié un cas dans lequel on ne connut l'état du vagin qu'au moment de l'accouchement. Une bride épaisse circonscrivait toute la partie supérieure du vagin, elle en diminuait notablement le calibre et offrait une telle résistance que l'utérus se rompit.

Voici enfin une observation de rupture utérine chez une femme atteinte de cloisonnement transversal du vagin.

Observation V (résumée).

M. Brunox. — *In Loire Médicale*, 15 octobre 1895.

Cloisonnement cicatriciel transversal du vagin. — Rupture de l'utérus au niveau du col. — Mort de la mère et de l'enfant.

Marie D..., âgée de 27 ans, secundipare, entre à la Maternité le 12 août au soir. Trois ans auparavant, elle avait eu un accouchement très difficile qui s'était terminé par des déchirures du vagin et du périnée très longues à guérir. Les renseignements que l'on obtient sur la marche ultérieure de la cicatrisation sont peu précis. Après un long voyage en voiture, elle entre mourante à l'hôpital. Elle vomit constamment et avant d'expirer

elle a un vomissement fécaloïde. On tente vainement de la ranimer.

Un examen rapide donne par le palper abdominal la sensation nette d'un fœtus absolument libre sous la mince paroi.

En pratiquant le toucher vaginal, le doigt est arrêté immédiatement après la vulve normalement conformée, par un septum obstruant la cavité vaginale et bombant du côté extérieur, plutôt que formant un cul-de-sac concave ; le doigt, en déprimant cette cloison, ne rencontre qu'un petit orifice situé légèrement à gauche et admettant à peine l'extrémité d'une sonde cannelée. A première vue, on pouvait songer à une absence de vagin, à une grossesse extra-utérine ou à une rupture de l'utérus. La pathogénie de ce cas extraordinaire a été bien nettement expliquée par les constatations anatomiques ultérieures. Le fœtus à terme de 3 kg. 750, légèrement macéré, était logé en entier dans la cavité abdominale, mais non renfermé dans un sac. Le placenta était lui aussi tout entier logé au niveau de l'ovaire gauche, mais sans adhérences. L'utérus, de la grosseur d'un poing d'adulte, remontait à trois travers de doigt environ au-dessus du pubis, mais aucune solution de continuité n'apparaissait à sa surface.

Autopsie. — On constate que la malade a été emportée par une péritonite suraiguë. La cloison cicatricielle, qui obstruait le vagin, et s'était amincie sous l'influence de contractions utérines, avait à peine un demi-centimètre d'épaisseur ; elle était constituée par du tissu à fibres blanches, tissu souple et nouveau des cicatrices ordinaires ; l'orifice, situé à gauche, était absolument inextensible ; mais en soulevant par la voie abdominale

l'utérus qui paraissait absolument intact, il se détacha avec une facilité remarquable et montra alors en arrière, et tout à fait au niveau du col, la rupture explicatrice.

Le fœtus normalement engagé et descendu, mais retenu par cette cloison vaginale et cependant poussé par les violentes contractions utérines, avait perforé en arrière le col de l'utérus dilaté. La déchirure transversale partait juste au milieu des stries de l'arbre de vie. Elle occupait toute la partie postérieure du col et ne mesurait, après la contraction de la matrice, que trois travers de doigt environ de longueur.

Le fœtus avait ensuite normalement accouché dans le ventre de sa mère en passant par derrière l'utérus et en venant se loger transversalement au-dessus de lui. Le placenta l'avait suivi. L'utérus s'était ensuite contracté normalement, d'où l'explication de ce fait qu'on l'avait trouvé de la grosseur d'un poing.

Le vagin peut aussi se rompre, mais cette rupture ne comporte pas un pronostic aussi grave que la précédente. Il dépend de la longueur de la rupture qui varie dans des proportions très grandes. Quand elle est très étendue, elle est suivie d'accidents graves, qui peuvent, comme dans les ruptures utérines, entraîner la mort.

Voici par quel mécanisme cette rupture se produit généralement. « La tête de l'enfant, dit Duparcque, cité par Cazeaux, étant bloquée sur le détroit supérieur, ou plus ou moins engagée dans l'excavation, ne peut pénétrer plus avant, à cause des résistances qu'elle rencontre ; la

matrice, continuant de se contracter, se retire pour ainsi dire de l'enfant. Les bords de l'orifice, attirés vers le fond de l'organe, remontent donc et abandonnent graduellement, et quelquefois complètement, la tête engagée. Il en résulte conséquemment que le vagin se trouve soumis à une traction active proportionnée à l'énergie des contractions utérines et que, n'opposant qu'une résistance passive, peu à peu affaiblie par la compression et la distension qu'il subit, il finit par céder en se rompant. »

Merriman cite le cas d'une femme qui présentait un rétrécissement cartilagineux du vagin, produit par un accouchement antérieur très long et très laborieux. La malade redevint enceinte et l'accouchement se fit spontanément après un travail qui dura 36 heures. Le surlendemain, la femme mourut : à l'autopsie, on trouva le vagin légèrement déchiré.

On a rapporté également des cas de ruptures assez étendues du périnée.

Les complications qui signalent les suites d'un accouchement laborieux et difficile, telles que : septicémie, pelvi-péritonite, métrite, métro-péritonite, phlébite, ont été aussi observées, et ont causé parfois des accidents mortels.

Kennedy rapporte le cas d'une femme qui, à la suite d'un travail très long, eut une ulcération ayant atteint la vessie. Le vagin était divisé par des adhérences en deux compartiments. La malade devint enceinte, et au moment

du travail, il fallut couper les adhérences : une péritonite se déclara et emporta la malade. (Churchill.)

Doberty a observé chez une femme enceinte une expansion fibreuse, très résistante, existant à 7 centimètres de l'entrée des voies génitales, près du col utérin, et rétrécissant tellement le calibre du vagin qu'il laissait à peine pénétrer l'extrémité du doigt. Au moment de l'accouchement, l'enfant se présentait par l'épaule. On coupa les adhérences, la version fut faite, l'enfant extrait de l'utérus. Mais la malade fut emportée par une phlébite. (Churchill.)

M. Pinchaud a vu se développer un phlegmon de la fosse iliaque, à la suite de la section d'une cloison vaginale (1).

Enfin, des fistules vésico-vaginales, recto-vaginales, etc..., se sont produites, dans les mêmes circonstances, à la suite de chutes d'escharres provoquées par la gangrène des parois trop longtemps comprimées par le fœtus.

Tels sont les accidents auxquels sont exposées les parturientes atteintes de malformations vaginales, accidents graves, puisqu'ils compromettent assez souvent la vie de la mère et de l'enfant.

(1) *In Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 464.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic est, en général, facile ; pour l'établir, on se base sur les différents signes que nous avons passés en revue dans le chapitre de la symptomatologie. De plus, on sera mis ordinairement sur la voie, par l'interrogatoire de la femme ou du mari. D'après ce que nous avons dit antérieurement, il semble qu'on ne puisse guère confondre les malformations du vagin avec aucune autre affection du conduit vulvo-vaginal. Cependant dans certains cas, le cloisonnement est si rapproché de l'hymen qu'on pourrait croire à un redoublement de cette membrane. Mais en examinant de plus près, on s'aperçoit facilement qu'il y a toujours une portion de vagin intermédiaire entre l'hymen et la cloison.

On ne confondra pas non plus un rétrécissement cicatriciel avec un rétrécissement cancéreux du vagin. Le diagnostic ne présente aucune difficulté, car ce néoplasme est presque toujours secondaire au cancer utérin. De plus, d'autres signes tels que la cachexie, les bourgeonne-

ments fongueux, l'ichor cancéreux et enfin les sensations différentes fournies par le toucher, permettront d'éviter cette erreur.

Lorsqu'une bride ou un rétrécissement provoquera de la leucorrhée, ou un léger écoulement muco-purulent, il faudra également éviter de les confondre avec de la métrite catarrhale ou de la blennorrhagie, en recherchant, par un examen sérieux et complet, leur véritable cause.

Quand la malformation est reconnue, il faut en rechercher l'origine. Quelquefois, cette recherche est très facile, mais en l'absence de renseignements et de commémoratifs, il est bien malaisé de reconnaître si elle est congénitale ou acquise. Cependant l'aspect, la forme et la nature de la malformation permettent le plus souvent d'arriver à un diagnostic exact.

S'il s'agit d'une bride congénitale, elle affectera la forme d'un diaphragme percé à son centre, unique, régulier, lisse sur ses faces. Si c'est une bride accidentelle ou acquise et d'origine inflammatoire ou traumatique, on se trouvera en présence d'une véritable cicatrice fibreuse, irrégulière, incomplète, multiple, rugueuse, parcourue de stries. De plus, elle est limitée à une certaine portion de la circonférence du vagin, la cause initiale n'ayant presque jamais porté sur l'étendue totale du vagin.

Les brides congénitales se rencontrent en général à l'union des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur du vagin, tandis que

lorsqu'elles sont accidentelles, elles siègent en des endroits très différents et très variables.

La clinique nous montre également que dans les oblitérations congénitales le cordon senti par le toucher rectal est régulier, le plus souvent étroit et mince, et que la présence du tissu cicatriciel est décisive.

Selon le professeur Horwitz, de Saint-Pétersbourg, le rétrécissement acquis se trouve presque toujours dans la partie inférieure du vagin, contrairement aux rétrécissements congénitaux.

Ces caractères sont suffisamment nets pour permettre d'arriver au diagnostic différentiel.

Quant au pronostic, il dépend du degré de rétrécissement et surtout de sa nature et de son siège.

S'il s'agit d'une bride mince, membraniforme, ou s'il s'agit d'une cloison, dure, fibreuse, très épaisse, ne présentant aucun orifice, il est évident que le pronostic ne sera pas le même dans les deux cas. Cependant, de l'avis général, le pronostic doit toujours être réservé. En effet, nous avons vu qu'une mince membrane a suffi, dans certains cas, pour causer une dystocie sérieuse et provoquer même la rupture de l'utérus. D'autre part, des rétrécissements cicatriciels extrêmes du vagin, comme dans l'observation de Duparcque, n'ont provoqué aucun accident au moment du travail : dans ces cas, l'accouchement s'est fait parfois spontanément.

Le pronostic peut également varier avec

l'époque à laquelle on reconnaît l'existence de ces malformations. Sa gravité sera quelque peu diminuée lorsque la femme aura été examinée pendant sa grossesse, mieux que si on la voit au moment du travail seulement. Car pendant la grossesse on pourra sinon intervenir, tout au moins la surveiller, et se tenir prêt à parer aux accidents. Au moment du travail, le danger vient non seulement « de ce que l'espace qui reste pour le passage du fœtus est plus étroit, mais encore de ce que l'inflammation a modifié la structure de tous les organes adjacents. Le vagin est moins en état de supporter la dilatation forcée et si la portion rétrécie arrête trop longtemps la tête au passage, il se fera très probablement au-dessus de l'obstacle une rupture, s'il n'existe quelque solution de continuité antérieure (1) ».

D'après une statistique de Müller, la dystocie causée par la sténose cicatricielle du vagin a amené la mort de 6 femmes sur 27, ce qui donne, on le voit, une proportion très élevée de mortalité.

D'après une autre statistique de Clopatt, sur 10 accouchements avec malformations vaginales, 2 ont été suivis de la mort de la mère.

En ce qui concerne le siège de l'atrésie, le pronostic, selon Kessler, présente une gravité plus grande, quand le rétrécissement occupe le fond

(1) Churchill. — *Traité des Maladies des Femmes*, p. 148.

du vagin, que lorsqu'il siège à sa partie inférieure. On verra pourquoi, ultérieurement.

Ainsi donc, le pronostic est très variable, et des cas qui semblent relativement bénins peuvent donner lieu aux complications les plus graves. C'est pourquoi on doit toujours le réserver.

TRAITEMENT

Les malformations vaginales causent assez souvent un certain embarras quand il s'agit de décider si l'on doit intervenir ou non, et lorsqu'on a à se prononcer entre tel ou tel mode d'intervention. Consulté pour une malformation vaginale accidentelle ou acquise, la ligne de conduite sera variable selon qu'on se trouvera en présence d'une femme en état de gestation plus ou moins avancée, ou que la parturiente sera arrivée au terme de sa grossesse, en pleine période de travail par exemple.

Aussi, envisagerons-nous séparément ces deux cas.

A. — *Pendant la Grossesse.*

Ici se pose une question de pratique assez délicate, qui demande parfois, de la part du médecin, quelque peu de tact, et sur laquelle l'accord complet est loin d'être fait. Doit-on intervenir chez une femme atteinte de malformation vaginale et arrivée à une certaine période de sa gestation? La grossesse réclame-t-elle,

dans ce cas, un traitement spécial? Dans le but de prévenir les difficultés mécaniques qui pourraient se produire dans l'accouchement à neuf mois, n'est-il pas préférable de provoquer une délivrance avant terme?

Dans ce cas, faut-il faire un avortement, ou bien seulement un accouchement prématuré? Telles sont les diverses formes du problème à résoudre, qui a été diversement interprété par les auteurs.

Certains médecins, et notamment les accoucheurs américains, redoutant les conséquences graves auxquelles sont parfois exposées les femmes atteintes de ces malformations, lorsqu'on laisse à la nature le soin de terminer l'accouchement, préconisent l'avortement ou, dans certains cas bénins, l'accouchement prématuré seulement.

C'est ainsi qu'un médecin, d'origine française, établi en Amérique, ayant consulté un accoucheur de New-York, pour sa femme enceinte de deux mois, et atteinte d'un rétrécissement cicatriciel annulaire du vagin, le confrère américain lui conseilla vivement de ne pas attendre la fin de la grossesse et de provoquer sans retard l'avortement.

Sur les conseils de M. Guéniot, il n'en fit rien et attendit la fin de la gestation (1). L'accouchement lui démontra qu'il avait eu raison. En

(1) Guéniot. — *In Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*. Mars 1886.

effet, tout se passa fort bien, grâce à de petites incisions pratiquées sur l'anneau cicatriciel et une application de forceps. Nous en donnons plus loin l'observation.

Oldham rapporte le cas suivant, dans lequel il provoqua l'accouchement avant terme.

Observation VI (résumée).

Oldham. — *(In Dublin Journal.)*

Rétrécissement cicatriciel. — Section. — Accouchement prématuré.

A la suite d'une application de forceps, il se produisit une ulcération qui provoqua un rétrécissement si prononcé que la première phalange pouvait à peine passer. Sur un point, la cicatrice faisait une saillie pointue dans le vagin. La femme étant enceinte, Oldham sectionna d'abord la cicatrice, puis provoqua l'accouchement prématuré.

Jacquemier cite également l'observation d'un avortement provoqué à cause d'une atrésie considérable et étendue du vagin, consécutive à une gangrène de ce canal.

Nous rapportons plus loin une observation de Barnes, lequel provoqua le travail à cinq mois chez une femme atteinte d'un rétrécissement cicatriciel dur, « n'osant pas, dit-il, lui laisser courir le risque de déchirure, auquel l'aurait exposée un accouchement à terme. »

D'autres auteurs estiment que, malgré l'état de gestation de la femme, il y a indication à

intervenir. Pour permettre l'accouchement à terme, sans faire courir à la parturiente les risques auxquels elle pourrait être exposée à ce moment, il faut, selon eux, combattre l'élytrosténie par la dilatation, et sectionner les brides ou cloisons, qui pourraient faire obstacle au passage du fœtus.

D'après Mann (de Buffalo), il n'y a pas contre-indication par le fait de la grossesse : les opérations pratiquées sur le col, le vagin, la vulve et les cautérisations, peuvent être exécutées, sans crainte d'avortement. Mais tel n'est pas notre avis, et nous pensons, avec la plupart des auteurs, qu'il est préférable de s'abstenir de toute intervention, car on est à peu près certain, dans le cas contraire, de provoquer un avortement involontaire et inutile. Selon Cazeaux, pour détruire une cloison ou une adhérence vaginale, il faut attendre que les 4 ou 5 premiers mois de la grossesse soient révolus, car, à cette époque, on aurait moins à craindre l'influence que l'ébranlement causé par l'opération pourrait avoir sur la marche de la grossesse.

« Il est imprudent, dit J. Lyon, d'opérer les brides vaginales incomplètes, pendant la grossesse, car pour assurer le succès de l'opération, on est forcé d'appliquer des pansements vaginaux : la femme court alors le risque certain de fausse-couche. De plus, en vertu de la vaginité de la gestation, la plaie a plus de tendance à suppurer.

« Enfin, grâce aux modifications des tissus des organes génitaux urinaires survenus de par le fait et au moment de la grossesse, des complications phlegmasiques locales ou voisines sont toujours à redouter (1). »

En France, il existe, à cet égard, une doctrine qui, selon M. Guéniot, est parfaitement fondée, et qu'il croit utile de ne pas périmer. On admet généralement, dit-il, que l'existence de cicatrices ou de brides, dans le conduit vaginal, ne constitue pas, pour la future parturiente, un danger tel qu'il y ait lieu de hâter l'époque de sa délivrance. Et la pratique courante démontre, en effet, que, dans les cas de ce genre, l'accoucheur parvient presque constamment, sinon toujours, à sauvegarder à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant.

Ainsi donc, nous pensons qu'en présence d'une femme en état de gestation il faut laisser la grossesse suivre son cours et n'intervenir en aucune façon lorsque, chez elle, la malformation vaginale est constituée soit par une bride ou une cloison peu épaisse soit par un rétrécissement moyen, voire même assez prononcé, pour les raisons suivantes :

1° Il n'est d'aucune utilité de provoquer volontairement l'avortement, puisqu'en général on peut mener à bien la parturition en se tenant prêt à toute éventualité, ou en intervenant s'il y a lieu, à l'époque du travail, par différents

(1) J.-J. Lyon. — *In Thèse*, p. 124.

moyens que nous indiquerons ultérieurement.

2° Nous avons vu que, malgré la présence de brides et de cloisons très épaisses, et malgré une sténose vaginale très prononcée, les accouchements peuvent se terminer souvent d'une façon spontanée, grâce au ramollissement qu'imprime la grossesse aux parties génitales.

3° En intervenant à une époque quelconque de la grossesse, surtout au début, on court le risque de provoquer un avortement involontaire, et on expose la femme à de la septicémie qui pourra lui être fatale.

Lorsque les brides cicatricielles sont très épaisses et qu'elles ne paraissent pas devoir être suffisamment ramollies et extensibles pour permettre le passage du fœtus, lorsque la sténose est très prononcée et que d'autre part elle coïncide avec un léger rétrécissement du bassin, certains accoucheurs provoquent l'accouchement prématuré à une époque variable avec le degré de rétrécissement pelvien. Nous pensons que, même dans ces cas, l'abstention est encore la règle, et qu'il faut attendre le moment du travail pour intervenir s'il y a lieu.

B. — *Au moment de l'accouchement.*

L'accoucheur est appelé auprès de la parturiente au début du travail, et reconnaît à ce moment seulement l'existence de malformations. Ou bien il en a eu connaissance pendant la grossesse, mais il a décidé pour une raison

ou pour une autre de ne pas intervenir à cette époque, ou bien encore, il est mandé parce que le travail traîne en longueur et que l'accouchement ne peut se terminer de lui-même.

Quelle sera sa conduite? Elle variera selon le siège, la nature et la dilatabilité du rétrécissement.

Si les cicatrices sont extensibles, si le vagin n'est pas trop resserré, on peut espérer que les seuls efforts de la nature triompheront de la résistance des tissus. Denman remarque que, dans le grand nombre de cicatrices du vagin qu'il a vues, il n'a jamais rencontré un seul exemple de dystocie par suite de ces cicatrices, quand du moins les contractions utérines avaient leur énergie habituelle. Les accouchements ont été plus longs, mais ils ne s'en terminaient pas moins heureusement. Les brides cicatricielles peuvent également céder, ainsi que nous l'avons vu, sous l'influence des contractions utérines, et c'est même là un procédé naturel de guérison.

Mais si le travail n'avance pas, si la femme est épuisée et très affaiblie, si le fœtus souffre, si enfin les contractions de la matrice se font rares et ne peuvent parvenir à vaincre l'obstacle, il faut intervenir rapidement.

S'il s'agit de brides inodulaires, il faut en faire l'excision ou l'incision, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri boutonné qu'on guidera sur le doigt, introduit au préalable dans le vagin, afin de ne pas blesser le fœtus. Bien

souvent, quand la bride est constituée par une membrane mince, on peut la déchirer assez facilement sans avoir recours à des instruments tranchants, à l'aide de l'ongle, par exemple, (observation de Taylor).

Mais il peut survenir une complication assez sérieuse qui aggrave la situation et cause parfois la mort de la parturiente. Cette complication consiste en une hémorrhagie d'intensité variable, dont on arrive généralement à bout à l'aide de compression modérée, de tamponnement ou de pinces à forcipressure.

La malformation consiste en un rétrécissement cicatriciel plus ou moins prononcé. Dans ce cas, on peut tout d'abord tenter d'en faire la dilatation artificielle, soit en y introduisant des cathéters ou des sondes de plus en plus volumineuses, soit en distendant, lorsque c'est possible, le conduit vaginal à l'aide des doigts placés dans le vagin en commençant par l'index, auquel on imprime des mouvements de spire.

On peut aussi introduire, quand la sténose n'est pas très prononcée, une vessie que l'on remplit d'un liquide quelconque, ou un petit ballon de Champetier de Ribes que l'on gonfle et sur lequel on exerce, pendant un certain temps, des tractions plus ou moins fortes. Parfois, ces tractions réussissent à dilater d'une façon notable le canal vaginal, mais le plus souvent on est obligé de renoncer à ce procédé, non seulement parce qu'il ne donne que des ré-

sultats peu appréciables, mais aussi parce qu'il ne peut être toléré par la parturiente qui éprouve des douleurs plus ou moins vives, lorsqu'on exerce les tractions.

Pour faciliter la distension du conduit vaginal rétréci, les anciens chirurgiens conseillaient de pratiquer de larges saignées. Kennedy a préconisé aussi autrefois l'émétique. Ces moyens, employés surtout lorsque les cicatrices étaient extensibles, et le degré de sténose peu accusé, sont, à juste titre, délaissés aujourd'hui, car ils n'avaient d'autres résultats que d'accentuer l'état de faiblesse dans lequel était plongée la parturiente.

Aussi, lorsque les procédés de dilatation ont échoué, doit-on recourir à des incisions du tissu cicatriciel avec un bistouri boutonné introduit avec précaution dans le vagin, et conduit sur le doigt. Ces incisions seront multiples et latérales, mais peu profondes, d'un demi-centimètre tout au plus. Le plus souvent deux incisions latérales suffiront : une à droite, et une à gauche que l'on complétera, ainsi que le recommande Guéniot, par des manœuvres digitales, ayant pour but la dilatation et la dilacération des parties atrésiées. Cette dilacération avec la main n'est pas toujours facile, et de plus n'est pas exempte de danger. C. Braun, cité par Lusk, a vu dans un cas, trois fistules vésico-vaginales, succéder à des tentatives de ce genre ; il faut donc agir avec la plus grande précaution.

Cette intervention, à l'aide du bistouri, cons-

titue une opération toujours difficile et pleine de difficultés. « Le peu d'épaisseur des tissus à diviser, le danger d'atteindre la vessie ou le rectum, ou même le péritoine, la profondeur des parties sur lesquelles on doit opérer, l'espace restreint dans lequel il faut se mouvoir, toutes ces conditions rendent cette opération aussi difficile et aussi dangereuse qu'aucune autre. Qu'on veuille bien se souvenir en effet des rapports intimes qu'affecte le conduit vulvo-vaginal avec les organes importants dont il est environné, et l'on verra quelle habileté doit développer le chirurgien pour exécuter cette opération, sans exposer les jours de la femme (1).»

Ainsi donc, dans cette opération, l'écueil à éviter consiste à ne pas blesser en avant, la vessie en haut, le canal de l'urèthre en bas, et en arrière le péritoine, en haut et plus bas le rectum, de façon à ne pas provoquer ultérieurement soit une péritonite, soit la formation de fistules.

Pour cela, on videra la vessie et le rectum : la distension de ces organes cavitaires par l'urine et les matières fécales donnent en effet plus de chance de les blesser. On mettra une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum.

Dans la majorité des cas, avons-nous dit, une incision latérale à droite et à gauche suffira et, quand cela sera possible, on essayera d'introduire un petit ballon de Champetier de Ribes

(1) L. Debrand. — *Loco citato*, p. 146

que l'on gonflera et sur lequel on exercera des tractions soutenues, mais pas trop fortes de peur de provoquer une rupture du vagin.

On cite un cas (observation de Stephen, W. Williams) dans lequel on se borna à faire une seule incision, le rétrécissement faisant l'effet d'un cordon qui serrait l'ouverture d'une bourse et cette unique incision ayant suffi pour relâcher toute la circonférence du vagin.

Quand le rétrécissement affecte la forme d'un anneau cicatriciel d'une certaine étendue, on peut faire quatre incisions : deux en haut et deux en bas ; ces incisions seront latérales et peu profondes.

Dans tous les cas, le bistouri dont on se sert sera boutonné, ou garni d'un linge dans toute sa hauteur, en ne laissant dépasser que la pointe. Si l'introduction d'un doigt dans le vagin est impossible, on se servira d'une sonde cannelée sur laquelle on glissera le bistouri. Quand cela sera possible on le guidera, de préférence, avec un doigt, l'index gauche, par exemple, sur lequel on le posera à plat jusqu'à ce qu'il arrive sur le rétrécissement, et on fera la section du tissu cicatriciel avec toute la prudence voulue.

L'incision donne lieu parfois à un écoulement de sang qui, en général, ne présente aucun caractère de gravité et dont on se rend facilement maître par un traitement approprié (tamponnements, glace, etc.).

Une précaution est à prendre lorsqu'on pratique des incisions latérales, surtout lorsqu'on

opère à l'entrée du vagin. Il faut avoir bien soin de ne pas léser, avec le bistouri, le bulbe, qui est, on le sait, en rapport avec les parois latérales du vagin, à son extrémité inférieure, car il en résulterait une hémorrhagie, sinon grave, du moins fort gênante.

Malgré ces incisions, il peut arriver que l'accouchement ne progresse pas, reste stationnaire, soit parce que la femme est épuisée, soit parce que les contractions utérines sont arrêtées, soit surtout parce que le rétrécissement est encore trop prononcé, pour permettre le passage du fœtus. Dans ce cas, il faut tenter de faire une application de forceps, qui donne parfois de bons résultats et permet de terminer rapidement l'accouchement. Une seule application peut ne pas suffire, et l'on est quelquefois obligé de la renouveler. Ainsi on a vu des applications réitérées de forceps triompher d'un rétrécissement en apparence infranchissable.

Voici quelques observations dans lesquelles ces divers traitements ont été appliqués et ont donné des résultats variables.

Observation VII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur A. Herrgott).

Rétrécissement cicatriciel très prononcé. — Brides vaginales. — Dilatation. — Incisions. — Application de forceps. — Mort de la mère.

Maria B..., âgée de 27 ans, secundipare, en travail depuis 24 heures environ, entre le 10 octobre 1898, au soir, à la Maternité de Nancy.

Au point de vue de ses antécédents héréditaires et personnels, elle ne présente rien de particulier. Lors de son premier accouchement, qui a eu lieu à terme, le travail a été très long et a abouti à la mort de l'enfant.

Malgré une hémorrhagie assez abondante pendant le post-partum, les suites de couches ont été normales.

La grossesse actuelle n'a été marquée que par une leucorrhée peu intense, et par un certain écoulement de liquide, pendant le dernier mois. Très légère albuminurie.

A l'examen, on constate un rétrécissement peu notable du bassin.

Au palper, on sent la tête mobile, et ne débordant pas la symphyse ; le dos est à gauche.

En pratiquant le toucher, le doigt est arrêté à 4 cent. environ en arrière de l'orifice vaginal, dans une sorte de cul-de-sac, ne présentant, semble-t-il, aucun orifice.

Mais au spéculum, on aperçoit, dans le fond de ce cul-de-sac, un orifice presque punctiforme, dont le pourtour a une couleur rouge vif. On y fait pénétrer successivement un hystéromètre, une bougie d'Hégar n° 3, puis une autre n° 4, qui passent assez difficilement. On agrandit alors cet orifice à l'aide d'un doigt auquel on imprime un mouvement de spire.

La 3e phalange de l'index, passée au travers, explore l'arrière-cavité, mais le col utérin est inaccessible.

L'étroitesse et la constriction de l'orifice sont telles qu'on est obligé de retirer momentanément l'index. Puis nouvelle dilatation avec l'index, que l'on enfonce plus profondément, ce qui permet d'atteindre le col qui paraît effacé, et dont l'orifice externe est agglutiné.

Le 17 octobre au matin, M. le professeur A. Herrgott

voit la malade et conseille d'agrandir la dilatation vaginale avec les doigts, par le procédé de Bonnaire.

On parvient également à faire pénétrer un doigt dans le col, mais l'introduction d'un second doigt est impossible, malgré l'usage d'un petit ballon de Champetier de Ribes (100 cm.c.) sur lequel on exerce des tractions, mais sans résultats.

Le 18 octobre, nouvelles tentatives de dilatation du vagin.

Même état du col. M. le professeur A. Herrgott décide alors de recourir à de petites incisions transversales, à l'aide de grands ciseaux, le ballon étant maintenu en place. Dilatation cervicale immédiate du diamètre d'une pièce de 2 fr. Une 3e incision est pratiquée un peu en avant sur un point du col, qui semble être une bride, mais le travail reste stationnaire.

A 6 heures du soir, on fait, sans résultat appréciable, une application d'un ballon de Champetier de Ribes de 200 cmc.

19 octobre. — Même état. Le soir, rupture de la poche des eaux ; on retire le ballon et on déchire largement les membranes.

Le 20 octobre, au matin, la dilatation cervicale atteint le diamètre d'une pièce de 5 fr. Pendant la journée, la dilatation augmente. Formation d'une bosse sanguine.

Le 21 octobre, la dilatation est comme une paume de main. On s'aperçoit que l'obstacle à la progression de la tête paraît résider dans une bride vaginale, formant diaphragme. Section avec des ciseaux. Puis on pratique une incision avec le bistouri sur 2 nouvelles brides nacrées, situées à quelques centimètres de l'entrée du vagin.

Pour terminer l'accouchement, on juge nécessaire de

faire une application de forceps sur la tête située en O I G T. Descente et rotation de la tête, facilitée par un aide. Dégagement, sans provoquer aucune déchirure.

L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé.

On est obligé de recourir à la délivrance artificielle, peu après, par suite d'une hémorrhagie abondante.

Par le toucher on constate que les déchirures du col, amorcées par les sections,se sont arrêtées à l'insertion du vagin.

Suites de couches. — Elles présentent un certain caractère de gravité. Le vagin ainsi que le col sont recouverts de débris sphacélés ; il s'en écoule un liquide sale. La température élevée que présente la malade nécessite l'emploi répété d'injections intra-utérines et d'antithermiques.

Des douleurs siégeant principalement le long du sciatique gauche apparaissent ; on diagnostique une névrite infectieuse.

Le 28 octobre, la malade se plaint d'une douleur dans le flanc droit ; son ventre est ballonné, la langue sèche ; des vomissements bilieux et de la constipation surviennent.

Le 29, on constate de la dyspnée, des hallucinations, du délire et le 30, son état ayant empiré, la malade succombe.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de péritonite. Les plèvres contiennent un demi-litre de liquide séro-sanguinolent. Le poumon, très emphysémateux à sa partie antérieure, présente à sa partie postérieure un certain nombre d'ecchymoses, de dimensions variables.

Le cœur, mou et vide de sang, porte de petites végétations, au milieu des valvules auriculo-ventriculaires.

L'utérus, sectionné, montre une surface interne complètement tapissée par des débris sphacélés facilement détachables.

Observation VIII.

D. Wyder. — *In Centralblatt für Gynækologie*, 14 février 1885.

Cloison fibreuse. — Section au bistouri. — Hémorrhagie. — Application de forceps. — Guérison.

Femme de 38 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans.

Accouchement laborieux il y a 12 ans environ, qui se termina par l'expulsion d'un enfant mort et à terme. Il en était résulté une incontinence d'urine. Mariée depuis 2 ans, elle a accompli aisément et sans souffrance les rapports sexuels.

La grossesse a évolué normalement jusqu'à terme. Elle entre alors à l'hôpital en proie aux souffrances les plus vives.

A l'examen, on trouve un ventre fortement distendu. Le dos de l'enfant est à gauche et la tête plonge dans le bassin. A l'entrée du vagin, on constate l'existence d'une cloison constituée par un tissu dense, solide, fibreux, parcouru de stries, qui s'étendent de l'anus intact jusqu'au méat urinaire. A 2 cent. environ de cet orifice existe une ouverture infundibuliforme, laissant passer une sonde utérine de calibre ordinaire.

Après chloroformisation de la parturiente, on sectionne transversalement le septum fibreux, qui a environ 1 cent. 5 à 2 cent. d'épaisseur. Hémorrhagie grave, vite arrêtée.

La tête presse directement sur le tissu cicatriciel, qui, plus abondant sur les parois latérales et postérieures du vagin, constituent un obstacle insurmontable. Sur la paroi antérieure, on remarque aussi la présence d'un repli muqueux, en forme de croissant, qui coiffe l'extrémité céphalique du fœtus. Ce pli n'est pas incisé dans la crainte de léser la vessie ou l'urèthre. Deux doigts introduits dans l'urèthre permettent de reconnaître une communication entre la vessie et le vagin. Puis on agrandit les incisions latérales pour permettre le passage du fœtus. Hémorrhagie abondante que l'on combat en vain par le tamponnement. On se décide alors à faire une application de forceps qui termine l'accouchement. Déchirure recto-vaginale. Périnéorraphie ultérieure. Guérison.

Observation IX.

Guéniot. — *Archives de Tocologie*, 1886.

Rétrécissement cicatriciel annulaire. — Incisions. — Forceps. — Guérison.

Femme atteinte d'un rétrécissement cicatriciel annulaire du vagin.

La gestation suivit un cours régulier. Le travail commença vendredi dernier 27 juin, à 5 heures du matin. A 9 heures, le col était dilaté de 5 à 6 cent. et l'anneau cicatriciel avait cédé en proportion. La tête descendit dans le canal ; mais à mesure qu'elle avançait, elle repoussait l'anneau sans le franchir. Vers 11 heures elle se trouvait à 5 cent. de la vulve ; le col utérin, complètement dilaté, avait été franchi ; l'anneau résis-

tait toujours. Alors on fit en haut, à droite et à gauche, ainsi qu'en bas, à droite et à gauche, quatre incisions de 5 mm. chacune de façon à pouvoir introduire les cuillers d'un petit forceps. On saisit la tête et l'accouchement se termina sans autre difficulté.

Observation X.

A. Puech. — *In Atrésies des voies génitales de la femme*, p. 87.

Rétrécissement cicatriciel. — Incision. — Forceps.

Femme qui, à la suite d'une inflammation du vagin, eut une exfoliation de la muqueuse vaginale, qui provoqua un rétrécissement.

A l'examen, on trouvait le vagin sensiblement rétréci, réduit vers le haut à un canal par lequel on pouvait à peine passer un tuyau de plume. La femme étant devenue enceinte, à la fin du 9e mois le travail se déclara, la poche des eaux se rompit, les douleurs suivirent leur cours régulier, mais malgré leur énergie, elles n'aboutirent pas. Au troisième jour, la sage-femme me fit appeler ; l'enfant se présentait par la tête ; le rétrécissement occupait une étendue d'un pouce et demi, il n'était point dilatable et paraissait ne devoir être vaincu que par l'incision.

Refus de la famille, qui, le cinquième jour, accepta l'opération.

Après avoir convenablement disposé la femme, l'index gauche fut introduit dans le vagin et servit de guide au bistouri ; l'obstacle fut incisé en avant et en arrière, et une douleur survenue peu après fit connaître que la

tête avançait ; mais comme à droite et à gauche, il présentait un état de tension qui faisait craindre qu'il ne prêtât pas, une fois la douleur passée, j'incisai sur les côtés assez profondément, car il n'y avait point à cet endroit d'organes qui pussent être atteints. Cette conduite eut un plein succès, et la tête vint bientôt couronner la vulve.

Arrivée en ce point, elle resta stationnaire, car les douleurs se ralentirent et cessèrent même complètement. Lassé d'attendre et craignant qu'un plus long retard ne fût préjudiciable à la femme et à l'enfant, je fis une application de forceps ; une petite épreinte étant survenue, je tirai à moi et amenai un enfant du sexe féminin qui, encore aujourd'hui, jouit d'une bonne santé.

Délivrance et suites de couches normales. Le rétrécissement se reproduisit peu de temps après, la malade n'ayant point observé les prescriptions indiquées.

Observation XI (résumée).

Mlle E. M. Mesnard. — *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1891.

Bride et anneau cicatriciels. — Grossesse gémellaire. — Applications de forceps. — Hémorrhagies. — Guérison.

Madame X..., âgée de 21 ans, étant venue consulter l'auteur pour une prétendue grossesse de 4 mois, on diagnostiqua une rétention de règles provoquée par une occlusion du vagin dont on ne put expliquer la production. Il en était résulté une tumeur, molle, fluctuante, que l'on ponctionna et sur laquelle on pratiqua de nom-

breuses incisions. Quinze jours après, la cicatrisation du vagin était complète, mais le doigt ne pouvait plus passer au travers de l'anneau cicatriciel. On essaya alors la dilatation par l'éponge préparée, les tiges de laminaire, et au bout de trois semaines l'anneau cicatriciel permettait le passage de deux doigts.

La femme étant redevenue enceinte, on cessa l'introduction des tiges, dans la crainte d'un avortement.

Le 23 avril, début du travail à 1 heure du matin ; rupture spontanée de la poche des eaux à 2 heures. La dilatation se fait avec une extrême rapidité ; elle est complète à 9 heures.

Premières douleurs expulsives à 9 heures 1/2. A 11 heures 1/2, malgré les douleurs régulières survenant toutes les trois minutes, la tête ne progresse plus depuis une demi-heure. Une bride cicatricielle paraît être la cause de ce temps d'arrêt. Il sort du méconium par la vulve. On se décide à faire une application de forceps. La fourchette est déchirée, malgré deux incisions latérales. Extraction de l'enfant. Double ligature du cordon. Pendant ce temps, abondante hémorrhagie, qui s'explique par une insertion marginale du placenta. A 3 heures 1/2 de l'après-midi, nouvelle application de forceps pour l'extraction d'un deuxième fœtus, qui est très rapide.

L'enfant, en état d'asphyxie bleue, est vite ranimé.

La délivrance assez mouvementée, provoque une abondante et très inquiétante hémorrhagie, qui nécessite une sérieuse hémostase. Le sixième jour, la malade était hors de danger.

Observation XII.

M^me^ Lachapelle. — *Pratique des accouchements*, 1825, p. 396, t. III.

Cicatrices. — Rétrécissement du bassin. — Déchirure. — Forceps. — Mort de l'enfant. — Guérison.

Femme forte, bilieuse, âgée de 42 ans, enceinte pour la 4^e^ fois, entre le 10 décembre, à 5 heures, à la salle d'accouchements.

Antérieurement on avait reconnu dans le fond du vagin des cicatrices qui semblaient oblitérer l'orifice externe de l'utérus ; la lèvre antérieure seule était saillante et distincte : ces cicatrices dépendaient sans doute de la séparation d'escharres grangréneuses, formées dans le précédent accouchement.

On constate également un resserrement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur du bassin.

A son arrivée, grand bain. Les eaux de l'amnios s'écoulent goutte à goutte sans qu'on puisse découvrir aucune ouverture sensible au fond du vagin ; l'eau semblait se filtrer entre les inégalités de la cicatrice, dont un point en particulier paraissait fort mince. On entame avec l'ongle la partie amincie : il en résulte un orifice inégal qui s'agrandit peu à peu et laisse écouler un flot d'eau. La tête du fœtus franchit cet orifice, le 11 décembre à midi, dix-huit heures après le début du travail.

Application de forceps qui termina l'accouchement. L'enfant naquit faible et mourut peu après sa naissance. Les suites de couches furent marquées par une métrite, qui céda au traitement.

Observation XIII.

Pinard. — *In Gynécologie de Pozzi*, p. 1045.

Atrésie cicatricielle. — Perforation. — Dilatation. — Guérison.

Jeune femme ayant déjà accouché, amenée à la Maternité de Lariboisière, en travail. On trouve une oblitération complète du vagin, siégeant à sa moitié supérieure. (Cette femme s'est donné tous les jours pendant un mois des injections de vinaigre pour se faire avorter au 3e mois de sa grossesse.) Pendant la période d'expulsion, le professeur Pinard remarque qu'en un endroit la membrane cicatricielle est très mince ; il la perfore avec l'hystéromètre, puis dilate l'ouverture avec les doigts et l'accouchement se fait sans accident.

Observation XIV.

Simmons. — *Revue des Sciences médicales*, n° 36.

Tissu fibreux oblitérant le vagin. — Incision. — Guérison.

Une dame accouchée en 1844 présentait au bout d'un certain temps un écoulement très abondant et une inflammation du vagin. Elle se rétablit et fut réglée jusqu'en février 1846. En mars 1846, elle consulte le Dr Simmons qui l'examine et constate ce qui suit :

Les petites lèvres étaient accolées l'une à l'autre et l'on voyait un tissu dense qui s'étendait de l'urèthre à la fourchette et transversalement de la base d'une lèvre à l'autre, fermant ainsi complètement l'orifice du vagin et représentant très bien la paume d'une main au moment

où cet organe est ouvert. A la surface de cette membrane on apercevait des lignes cicatricielles profondes et tortueuses.

Au toucher, elle donnait la sensation d'un tissu mou et élastique, mais elle ne présentait aucune ouverture. Convaincu cependant qu'un ou plusieurs orifices devaient exister, puisque les règles n'avaient pas été interrompues, le docteur chercha longtemps, mais vainement, la moindre fissure qui communiquât avec l'utérus ou le vagin.

Le 16 novembre, la malade, qui était enceinte, entra en travail et, à l'examen, le docteur découvrit une tumeur très tendue, pressant de haut en bas sur le vagin, qu'elle remplissait, et présentant l'aspect d'une structure fibreuse. La malade fut placée sur le dos, les cuisses écartées les lèvres ouvertes avec le pouce et l'index de la main gauche ; l'opérateur fit une incision dans l'étendue de 3 centimètres, sur la partie la plus saillante de la tumeur, suivant une ligne directe depuis l'urèthre jusqu'au périnée.

La couche à diviser avait à peu près 2 centimètres d'épaisseur, elle était ferme, fibreuse et semblait le résultat d'une néoformation de tissu tendineux. Tout se termina sans accident.

Observation XV (résumée).

Stephen Williams — *Gazette Médicale de Paris*, 1833, p. 625.

Rétrécissement annulaire cicatriciel. — Incision. — Hémorrhagie. — Accouchement spontané.

Femme de 24 ans, ayant eu un accouchement très laborieux, après 48 heures de travail, et présentant un

rétrécissement à la partie supérieure du vagin. Redevenue enceinte, on remarque, à l'examen, que le rétrécissement est situé à environ 2 pouces et demi dans le vagin, complètement circulaire, et dilatable de l'étendue d'un dollar. Travail naturel, mais très lent. On administre du seigle ergoté ; le rétrécissement se dilate alors très légèrement, mais offre toujours un obstacle insurmontable aux efforts de l'utérus. Puis incision avec un bistouri boutonné, garni de linge et posé à plat sur l'indicateur de la main gauche jusqu'à ce qu'il arrive sur le rétrécissement. L'incision de la sténose porte sur la partie antérieure du vagin. Ce rétrécissement fait l'effet d'un cordon qui serre l'ouverture d'une bourse ; une seule incision a suffit pour relâcher toute la circonférence du vagin. Expulsion le lendemain d'un fœtus mort.

Observation XVI (résumée).

Roth. — *In thèse de J. Lyon*, 1887, p. 80.

Brides membraniformes. — Section avec des ciseaux. — Incision au bistouri.

Primipare âgée de 24 ans. Les douleurs de l'accouchement duraient depuis 24 heures. La tête de l'enfant se trouvait au milieu du petit bassin où elle était fixée. A l'examen, on découvre, derrière la vulve, une bride membraniforme, percée d'un trou permettant l'introduction de la moitié du doigt qui fut serré par le bord très dur de cet orifice. L'introduction du doigt fut douloureuse. En s'orientant, l'auteur sentit que la bride était constituée par une membrane mince, en forme de croissant. Fixée à la paroi gauche du vagin, elle allait en bas au périnée et en haut à l'urèthre.

Après avoir écarté les grandes lèvres, une incision fut pratiquée avec les ciseaux. La membrane sembla aussitôt disparaître sans laisser de traces. Ne sentant plus d'obstacles, on put pousser plus loin le doigt et compléter l'exploration. A 2 cent. plus loin, nouvel obstacle qui arrêta encore le doigt. L'introduction de l'index provoqua aussi de la douleur en franchissant cet obstacle qui était constitué par une bride ; c'était une membrane mince, en forme de croissant et étendue transversalement. Elle était fixée à la paroi droite du vagin, et s'étendait en bas vers le sacrum, en haut vers la paroi vaginale antérieure. Le doigt ne put la déchirer et l'on dut recourir au bistouri entouré de toile dans une partie de son étendue. Incision de la bride, qui disparut sans laisser de traces. L'enfant put passer et l'accouchement se termina sans autre intervention.

Observation XVII (résumée).

Roth. — *In Thèse de J. Lyon*, 1887, p. 83.

Cloison transversale. — Arrachement avec une pince. — Guérison.

Femme de 44 ans, à terme, fut prise de violentes douleurs revêtant les caractères des douleurs expulsives. Le doigt introduit dans le vagin ne tarda pas à heurter une cloison transversale fortement tendue, épaisse et veloutée, qui oblitérait entièrement le conduit vaginal. Aucun orifice ne pouvait être senti sur toute son étendue. Roth essaya de déchirer cette cloison à l'aide du doigt. N'y ayant pas réussi, il introduisit une pince dans le vagin et saisissant la membrane vers sa partie centrale,

il en arracha un lambeau. Il parvint par le même procédé à se créer une voie à travers la cloison qu'il détruisit peu à peu. L'accouchement se termina facilement. L'enfant était sain et la mère guérit rapidement.

Selon Roth, cette membrane obturatrice du vagin, qui s'est développée après la conception, aurait été la conséquence d'une maladie ou d'une lésion traumatique, due à une tentative d'avortement.

Observation XVIII.

Guéniot. — *Archives de Tocologie*, 1886, p. 200.

Rétrécissements du vagin par brides cicatricielles. — Dystocie. — Intervention. — Résultats heureux.

Chez une dame accouchée une première fois aux environs de Paris, dans des conditions particulièrement défectueuses, il s'était produit, à la suite de larges déchirures, une série de brides cicatricielles, formant relief dans le vagin. 12 mois après survint une nouvelle grossesse dont la direction me fut confiée. De même que la précédente, celle-ci fut exempte de toute complication, malgré l'existence de la lésion du vagin. Je mentionnerai toutefois, comme digne d'être notée, une hyperesthésie vulvo-vaginale qui rendait extrêmement pénible tout contact de ces parties et qui ne disparut, comme je le dirai bientôt, qu'après la section des brides cicatricielles.

Le terme étant venu, l'enfant se présenta en 1re position du crâne.

La période de dilatation fut longue et, pendant toute la durée du travail, le toucher obstétrical, en raison du vaginisme, inspirait à la patiente une véritable terreur.

Enfin la tête arriva sur le plancher périnéal. Les efforts volontaires s'ajoutant aux contractions bien soutenues de la matrice, les tissus s'amincirent et se dilatèrent assez rapidement jusqu'à donner au périnée l'étendue de 8 centimètres d'avant en arrière. Mais, à partir de là, ce fut en vain que, toute une heure durant, la tête fut poussée avec vigueur contre l'obstacle, elle n'avança pas d'un millimètre et la vulve resta fermée.

A chaque effort d'expulsion, si aminci et si étalé que fût le périnée, on ne le voyait pas bomber en avant ; tout au contraire, il se déprimait sensiblement vers une ligne oblique qui partait du côté droit de la vulve et se dirigeait vers l'anus. On remarquait,dans cette dépression, du tissu de cicatrice sur une longueur de 4 à 5 centimètres. D'une autre part, avec le doigt porté dans le vagin, on constatait la présence de 3 brides cicatricielles, saillantes et dures, qui étaient comme étagées d'avant en arrière, c'est-à-dire de la fourchette vers la profondeur. Elles partaient du côté droit du vagin, au milieu de la branche ascendante de l'ischion, pour gagner la ligne médiane du plancher pelvien. Pendant les efforts d'expulsion, le crâne fœtal venait se buter contre cet obstacle inflexible et rien n'avançait. Fixé par les trainées cicatricielles à l'ischion droit, le centre du périnée éprouvait seul le mouvement de dépression que je viens de signaler.

Je n'attendis pas davantage ; il me parut évident que les forces de la parturiente s'épuiseraient en vain contre l'obstacle.

A l'aide d'un bistouri boutonné, je divisai successivement chacune des trois brides ; la plus profonde qui était également la plus saillante, fut incisée sur deux points.

La douleur, comme la perte sanguine, furent tout à fait insignifiantes. A peine ces débridements étaient-ils effectués, que l'hyperesthésie vulvo-vaginale disparaissait comme par enchantement, et que la tête fœtale, efficacement poussée en avant, dilatait la vulve pour se dégager ensuite normalement au dehors.

Les suites de couches furent parfaites, et la cicatrisation des petites plaies dues au bistouri s'effectua de la manière la plus heureuse.

Aussi, dans un troisième accouchement, l'expulsion du fœtus se fit avec tant de rapidité, que, malgré mon empressement, je ne pus arriver qu'après la naissance de l'enfant.

Observation XIX (résumée).

O. Crouzat. — *Compte rendu de la Société obst. et gyn. de Paris*, 1891.

Rétrécissement annulaire cicatriciel. — Grossesse gémellaire. — Guérison.

Il s'agit d'une femme secundipare, chez laquelle, à la suite d'un premier accouchement laborieux, on constatait, près de l'entrée du vagin, un anneau fibreux, rigide ; au-dessus le vagin était large et souple. Grossesse gémellaire. Position alterne et oblique des fœtus. La femme commençant à s'épuiser en vain, l'intervention fut résolue. L'anneau fut incisé et il s'écoula peu de sang. Le fœtus gauche fut extrait par les pieds en S I G A. Il en fut de même du deuxième. Tous deux étaient vivants. La plaie périnéo-vulvaire s'est bien refermée.

Observation XX.

A. Zimmermann.— *Corresp. für Schweizer Arzte*, n° 5, p. 152, 1er mars 1891.

Atrésie. — Cordons cicatriciels. — Incision. — Dilatation. — Section des cordons. — Résultats heureux.

Femme en travail d'accouchement pour la neuvième fois. Douleurs rapides et violentes ; troisième présentation du sommet. Le doigt qui pratique le toucher vaginal est arrêté dès la profondeur de 4 centimètres, et arrive sur la tête fœtale très basse dans le bassin. Pas de col utérin reconnaissable. Au centre du vagin se trouve un endroit qui simule au premier abord le col ; c'est une gouttière transversale peu profonde dans laquelle on ne peut faire pénétrer ni le doigt, ni un cathéter élastique qui se recourbe aussitôt. La tête de l'enfant n'exerce d'ailleurs aucune pression sur ce point. Culs-de-sacs latéraux du vagin complètement effacés. Du côté gauche, la muqueuse est lisse. Au niveau de la partie droite du vagin, on sent trois gros cordons cicatriciels, très durs et fortement tendus, se dirigeant, le premier vers la droite, le second en avant et le troisième en arrière ; leur épaisseur est considérable et ne peut être exactement appréciée dans la profondeur. L'examen avec le spéculum de Fergusson montre un vagin court, infundibuliforme ; le sillon qui simule le col utérin est le point de rencontre des trois cordons cicatriciels.

Opération par Pestalozzi. Un fin stylet boutonné est enfoncé à travers les tissus qui séparent l'entonnoir

vaginal de la tête fœtale. Dilatation du petit orifice ainsi créé par un catéther, jusqu'à ce que l'introduction du doigt soit possible; avec la sonde cannelée, agrandissement de l'ouverture du côté gauche qui n'offre pas de tissu cicatriciel. Ecoulement des sécrétions vaginales, mêlées de sang et de liquide amniotique.

Section des trois cordons cicatriciels. Issue immédiate de l'enfant. Il ne s'est pas écoulé un quart d'heure entre le début de l'opération et la fin de l'accouchement.

Suites de couches normales.

La cause de l'atrésie n'a pu être établie. Le placenta présentait des adhérences étendues. Depuis son dernier accouchement (depuis 2 ans), la femme avait un écoulement et des douleurs du vagin et la vulve fut un certain temps œdématiée. Vers le milieu de cette dernière grossesse, tous les troubles avaient peu à peu disparu.

Observation XXI.

Wolczynski. — *Centralblatt. für Gynækologie*, 1882, n° 16.

Rétrécissement annulaire. — Incision. — Hémorrhagie. — Accouchement spontané.

Femme de 31 ans, ayant eu, à la suite d'un premier accouchement, une incontinence d'urine et en avait été opérée avec succès. A un deuxième accouchement, l'auteur constate l'existence dans le vagin d'un rétrécissement circulaire, à bords aigus, permettant à peine le passage d'un doigt, et situé à 6 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire. Le doigt, après avoir franchi ce rétrécissement, parvenait jusqu'au col.

L'auteur abandonna l'accouchement aux forces de la nature, mais la tête, arrivée sur le rétrécissement, se trouva bientôt arrêtée.

Une incision fut faite avec le bistouri boutonné ; elle fut suivie d'une hémorrhagie considérable, et l'accouchement se termina spontanément. L'extraction du placenta exigea l'introduction de la main dans l'utérus.

La plaie vaginale se couvrit, dès le troisième jour, de plaques diphtériques. Les injections phéniquées au 2/10 et les applications d'iodoforme amenèrent la cicatrisation de la plaie, et lorsque la malade quitta l'hôpital quatorze jours après ses couches, le rétrécissement cicatriciel du vagin s'était reproduit presque aussi étroit qu'avant.

Observation XXII (résumée).

E. Braun. — Wien., *in Centralblatt. für Gynæk.*, n° 40, 3 octobre 1885.

Dystocie par sténose vaginale. — Incisions au bistouri. — Guérison.

G. N., secundipare. Bien réglée. Grossesse normale, il y a 9 ans. Application du forceps sans résultat. Accouchement spontané d'un garçon mort et à terme. Ablation du placenta adhérent. Fièvre puerpérale consécutive, douleurs dans les organes génitaux externes. Incontinence d'urine pendant cinq semaines. La malade se lève quinze jours après l'accouchement.

Au début, le coït était douloureux, puis il devint normal.

Retour des règles. Dernières règles : octobre 1883.

Grossesse normale. 15 juin 1884 : rupture de la poche des eaux. 17 juin : début du travail.

Le 18 juin, elle entre à l'hôpital.

Le vagin, en forme d'entonnoir, a 5 centimètres de longueur seulement, formé en partie de tissu cicatriciel. Sortie du méconium et du liquide amniotique. On peut passer une sonde utérine dans un canal de 3 centimètres de long, qui conduit dans l'utérus.

Après désinfection du vagin, on introduit une sonde en gouttière, puis on fait des incisions avec un bistouri boutonné de la largeur d'un doigt et l'on élargit latéralement les incisions. L'ouverture supérieure du canal formait l'orifice externe.

Enfant mort. Présentation du sommet.

Un pied fut étendu et tiré jusqu'à la vulve, à travers la partie atrésiée.

Accouchement spontané après trois heures. Enfant de 3,200 grammes, long de 51 centimètres.

Irrigation de l'utérus après l'accouchement, avec une solution phéniquée à 5 °/₀. Fièvre pendant deux jours, puis température normale.

A sa demande, la femme fut renvoyée huit jours après.

Si les incisions ne suffisent pas à amener au bout d'un certain temps la terminaison de l'accouchement et si l'application du forceps est jugée impossible parce que le degré de sténose ne permet pas l'introduction et le placement des cuillers, on peut tenter de conserver l'existence de la mère et faire le sacrifice de

celle de l'enfant, laquelle est en somme problématique, en recourant à l'embryotomie. Lorsque le fœtus est mort, ou lorsque sa vitalité est fort compromise, il n'est plus permis d'hésiter, et l'on doit y recourir sans aucun retard.

Cependant, un certain nombre d'accoucheurs voulant à tout prix sauver la vie de l'enfant, rejettent ce mode d'intervention, et n'hésitent pas à faire courir à la mère quelques risques, en pratiquant l'opération césarienne.

Nous ne pouvons donner, à cet égard, des indications bien précises de ces deux modes d'intervention : c'est à l'accoucheur d'apprécier et de décider, selon le cas et selon les circonstances, auquel des deux il doit avoir recours.

Voici quelques observations d'embryotomies, pratiquées pour malformations vaginales.

Observation XXIII (résumée).

Benicke. — *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1878, p. 232, t. II.

Sténose cicatricielle. — Perforation. — Cranioclasie. — Mort.

Femme de 33 ans, ayant eu 2 accouchements antérieurs. Elle présente une sténose cicatricielle du vagin, permettant l'introduction d'un doigt pendant le sommeil chloroformique seulement.

Toutes les tentatives de dilatation échouèrent. Perforation. Cranioclasie. Mort de la femme le 10e jour.

Observation XXIV (résumée).

D. Manuel Murro. — *Journal de Chirurgie*, 1845, p. 346.

Membrane cartilagineuse. — Incision. — Embryotomie.

Femme de 35 ans. Eut un accouchement laborieux pendant lequel la tête de l'enfant séjourna 24 heures au détroit inférieur. Les suites de couches furent compliquées par une inflammation des organes génitaux, et un écoulement qui dura 6 mois.

A sa deuxième grossesse, cette femme fut prise à la fin du 5e mois de tous les symptômes de l'avortement. Appelé près d'elle, le Dr Murro constata que l'orifice vaginal était presque entièrement oblitéré par une membrane fort épaisse et très dure, de consistance cartilagineuse, s'étendant de la vessie au rectum.

Après une dissection très pénible, il parvint à établir un conduit vaginal de 2 cent. de haut sur 3 cent. de large, qui permit l'introduction du doigt, mais l'extraction du fœtus, malgré son petit volume, nécessita une embryotomie.

Observation XXV (résumée).

Kücher. — *Wien. med. Presse*, 1879, n° 31, p. 993.

Cicatrices. — Membrane cicatricielle. — Perforation. — Incisions. — Mort du fœtus. — Cranioclasie.

Une femme se présente, après les premières douleurs, avec des cicatrices de la partie supérieure du vagin et une absence complète d'orifice utérin. Légère dépression

au milieu de laquelle on applique une sonde et perfore une mince membrane, puis on dilate l'orifice avec l'instrument d'Ehlinger, et incise des 2 côtés le tissu de cicatrice. Deux jours après, la poche des eaux se rompt, mais l'orifice se dilate à peine.

L'accoucheur sectionne encore une bride. Au milieu de la journée, mort du fœtus. Application du cranioclaste. On ramène un enfant de 3,150 gr. L'accouchée eut encore, malgré les incisions, une déchirure du côté qui avait offert le plus de résistance.

Observation XXVI (résumée).

A. Goldberg. — *Centralbl. für Gynæck.*, 1894, n° 23.

Sténose cicatricielle annulaire. — Forceps. — Cranioclasie.

Une femme accouchée une première fois au forceps présenta, 2 mois après cet accouchement, un rétrécissement annulaire cicatriciel du vagin, admettant à peine le doigt. Elle se refusa à toute opération. Une nouvelle grossesse étant survenue un an plus tard, la sténose vaginale mit obstacle à l'accouchement. C'est en vain que Goldberg essaya d'appliquer le forceps, il dut recourir à la perforation du crâne.

Observation XXVII.

Doléris. — *Archives de Tocologie*, 1874, p. 313.

Bride circulaire cicatricielle. — Incisions au bistouri. — Cranioclasie. — Mort de la mère et de l'enfant.

Femme de 26 ans, secundipare, de forte constitution. Il y a 3 ans, elle accoucha à terme : le travail fut long

et pénible, et des désordres graves s'opérèrent au moment du passage de la tête. Les suites de couches furent marquées par une série d'accidents qui tinrent la malade alitée pendant 13 mois. Actuellement la malade est au terme de sa deuxième grossesse. Le travail dure depuis 2 jours : les membranes sont rompues et la dilatation est déjà avancée. Les douleurs sont fréquentes et vives; vers onze heures du soirles contractions utérines, d'abord soutenues, diminuent, puis cessent complètement. On constate alors une présentation de l'extrémité pelvienne avec procidence du bras gauche défléchi. Le doigt, introduit dans le vagin, sent à une petite distance de l'orifice vulvaire une sorte de bride circulaire, dure et épaisse, qui semble constituée par la paroi vaginale. Il s'agit très probablement d'une bride de nature cicatricielle résultant de la séparation inodulaire d'escharres profondes du vagin.

On chloroformise la malade. M. Depaul pratique alors sru l'obstacle 3 incisions, à l'aide du bistouri courbe ; 2 des incisions portent sur la bride antérieure, la 3e sur la partie postérieure du bord de l'orifice qui se dilate immédiatement ; quelques tractions avec le crochet mousse suffisent pour l'extraction du tronc, mais la tête reste au niveau du détroit supérieur. L'enfant étant mort, on n'hésite pas à pratiquer la perforation du crâne, pour hâter l'extraction.

La malade meurt 22 jours après, à la suite de complications.

Quand l'atrésie occupe le fond du vagin, la situation est plus embarrassante et l'on peut alors se trouver aux prises avec de grandes

difficultés. Il faut à tout prix créer une voie pour le passage du fœtus. On est alors obligé de se livrer, dans la profondeur des organes, à une véritable dissection et d'agir avec prudence, car c'est à cet endroit qu'on court le plus de risques de léser les organes voisins. En avant se trouve la vessie qui n'est séparée du vagin que par une mince cloison, sur laquelle il faudra éviter de faire des incisions de plus de 5 ou 6 millimètres de profondeur. En arrière, le péritoine, qui forme le cul-de-sac recto-vaginal ; aussi pour ne pas le blesser, doit-on également pratiquer des incisions peu profondes et multipliées. On a signalé des cas de mort survenue, soit par l'imprudence de l'opérateur, soit par la propagation de l'inflammation consécutive, au péritoine voisin. Aussi, dans ce cas, est-il préférable de faire une seule incision transversale de 2 centimètres de longueur et de 1 centimètre de profondeur, environ. On aura toujours soin de placer une sonde dans la vessie, et un doigt dans le rectum. A l'aide d'un doigt, on agrandit progressivement l'incision faite que l'on peut compléter par deux autres petites incisions supplémentaires, à droite et à gauche.

En agissant avec lenteur et patience, on arrive peu à peu à se frayer un chemin à travers le tissu cicatriciel, et à tomber sur la poche des eaux, que l'on peut rompre.

Pour agrandir la voie ainsi faite, on peut se servir, comme précédemment, d'un ballon de

Champetier de Ribes, que l'on introduit en chiffon à travers les parties atrésiées, et sur lequel on exerce des tractions, après l'avoir gonflé. Enfin, si le travail traîne en longueur, on peut également faire une application de forceps, pour terminer l'accouchement d'une façon rapide.

Spiegelberg déconseille, dans ce cas, de tenter l'accouchement par les voies naturelles, parce que l'incision du tissu cicatriciel et la dilatation ainsi créée, toutes difficiles et laborieuses qu'elles soient, ne garantissent pas toujours un passage suffisant pour l'enfant.

Spiegelberg conseille l'opération césarienne, également recommandée par Benicke.

Mais Lévy et Galabin l'ont pratiquée infructueusement et Breisky là repousse comme peu favorable à la mère, en ce qu'elle met obstacle à l'écoulement facile des lochies. Breisky est d'avis de lui substituer l'opération de Porro. Quant à Kessler, il veut réserver cette dernière pour le cas où il y a en même temps rétrécissement du bassin.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une simple atrésie du vagin, l'opération de Porro ne lui paraît pas justifiée pour la triple raison suivante :

Le raccourcissement et l'inextensibilité du vagin la rendent très difficile ; pas plus que l'opération césarienne, elle ne met à l'abri d'écoulements de liquides par le vagin ; enfin la mutilation qu'elle fait subir à une femme bien conformée est inadmissible.

Reste l'accouchement par les voies naturelles, qui est dangereux, dit-on, à tous égards : risques de blessures des organes voisins, d'hémorrhagie et d'infection.

Mais l'observation même de Kessler, ainsi que 2 autres que nous rapportons, montrent qu'on peut éviter ces périls.

Observation XXVIII.

Léonhard Kessler. — *Berlin. klin. Woch.*, 1887.

Atrésie. — Cordons cicatriciels. — Incisions circulaires. — Cranioclasie. — Guérison.

Primipare âgée de 30 ans, ayant depuis 2 ans un écoulement très âcre par le vagin. Quelques semaines après être devenue enceinte, elle a eu, sans doute à la suite de pratiques abortives, de violentes pertes sanguines, des douleurs abdominales puis de la fièvre, durant une quinzaine de jours.

Elle est arrivée maintenant au terme de sa grossesse et a depuis 4 jours des douleurs expulsives. Bassin normal.

Le vagin ne laisse pénétrer le doigt que sur une longueur de 5 centimètres. A cette profondeur, il se termine en cul-de-sac fermé par une large cicatrice transversale, à laquelle aboutissent toutes les parois vaginales, qui présentent elles-mêmes des cordons cicatriciels, dont l'un se prolonge jusqu'au bourrelet uréthral. Pas trace de col utérin.

Le toucher rectal montre que la tête fœtale est fixée dans l'excavation. A travers le rectum, on ne sent pas

non plus le col utérin. Avec des écarteurs, il est impossible de distinguer le moindre orifice dans la cicatrice vaginale.

Kessler incise circulairement la cicatrice et la détache sur 3 ou 4 centimètres de largeur et 1 centimètre d'épaisseur ; puis il cherche à atteindre la tête fœtale avec le doigt. Il donne ainsi issue à un peu de liquide visqueux et brunâtre et pénètre dans une cavité irrégulière et traversée de cordons membraneux qui se trouve sur la droite, et se prolonge vers le ligament large. Il fallut employer des pinces et des ciseaux de Cowper, pour frayer au doigt un accès jusqu'à la tête fœtale. L'orifice ainsi créé fut porté à 3 centimètres de diamètre, à l'aide de quelques incisions rayonnantes.

L'hémorrhagie consécutive fut vite arrêtée par de la glace et un tamponnement. Les contractions utérines augmentèrent d'énergie, sans que l'accouchement fît aucun progrès. Le lendemain matin, il n'y avait aucune apparence de dilatation du canal artificiel et la malade avait de la fièvre et de l'agitation.

On chloroformise la malade ; incisions. Introduction de la main entière avec laquelle on rompt la poche des eaux.

Application du perforateur et du cranioclaste.

Dégagement du fœtus facile. Délivrance normale.

Pas d'hémorrhagie secondaire.

Le 17e jour, la malade quitte l'hôpital. A ce moment, le canal creusé dans la cicatrice n'était déjà plus accessible qu'à un seul doigt. La lèvre antérieure du col se continuait directement avec le tissu cicatriciel de la paroi vaginale antérieure et,seuls, la lèvre postérieure et le cul-de-sac vaginal postérieur étaient distincts.

Kessler parvint à empêcher l'oblitération du canal vaginal, en faisant porter à la malade des cylindres de verre, perforés centralement.

Dans un cas de ce genre, avec atrésie incomplète qu'il observa à la Maternité, Tarnier fit au fond du vagin des débridements multiples de 5 à 10 millimètres d'étendue, en prenant le soin de les faire porter uniquement sur les parties latérales, de manière à s'éloigner le plus possible du rectum et de la vessie, et il termina l'accouchement avec le forceps, mais la femme succomba et, à l'autopsie, on constata qu'une petite perforation faisait communiquer le vagin et la vessie.

Observation XXIX.

Gallois (de Grenoble) *in Dauphiné Médical*, novembre 1891.

Atrésie cicatricielle totale. — Incision. — Hémorrhagie. — Forceps. — Guérison.

Rose X.. , secundipare, petite, mais bien conformée, en travail depuis le 11 octobre 1891, à minuit, entre le 14 à la Maternité. Son premier accouchement, qui remonte à 16 mois, a été très facile et a duré moins de 6 heures. La grossesse actuelle a été normale.

Très légère albuminurie.

A l'examen, rien d'anormal à la palpation et à l'auscultation. Au toucher, le doigt est arrêté à 5 centimètres de la vulve par le fond imperforé du vagin ; pas de traces de col, ni de culs-de-sacs vaginaux. A travers

une cloison transversale épaisse, on sent vaguement la tête fœtale, immobilisée dans l'excavation.

Au spéculum, on voit le fond du vagin occupé par une petite cicatrice à peu près triangulaire, dure et paraissant inextensible ; quelques cordons plus durs encore rayonnent tout autour.

Un stylet poussé vers le centre de la cicatrice rencontre une forte résistance. On insensibilise alors la région vulvo-vaginale atrésiée à l'aide d'une solution de cocaïne, après un nettoyage antiseptique préalable.

On fait ensuite sur la cicatrice même une incision au bistouri, transversale et de l'étendue de 2 centimètres. Une sonde métallique est maintenue dans la vessie, et un doigt dans le rectum. La dissection n'a pas été poussée très loin et a atteint environ 1 centimètre de profondeur. Arrivée à ce point, c'est avec le doigt, aidé d'une petite incision supplémentaire, à droite et à gauche que l'auteur parvient, en décollant avec précaution les tissus, à atteindre la poche des eaux qui se rompt et enfin la tête fœtale.

Une hémorrhagie abondante se déclare, qui nécessite le tamponnement et le maintien au lit pendant quelques jours.

Le 15 au soir, on constate que l'ouverture artificielle faite dans le tissu cicatriciel permet l'introduction de 2 doigts. Cette ouverture paraît presque circulaire et au-dessus d'elle existe une cavité remplie de quelques caillots. Sur les parois de la cavité on trouve l'orifice utérin sous forme d'un bourrelet circulaire fort peu saillant, absolument adhérent aux parois vaginales. Le bourrelet constitue un deuxième anneau d'environ 5 centimètres de diamètre.

La tête fœtale est très engagée en position gauche transversale, fléchie et inclinée. L'oreille droite est facilement accessible derrière le pubis. La moindre exploration déterminant une hémorrhagie abondante et l'inertie utérine persistant, il n'y avait pas à compter sur la tête fœtale pour faire tampon. On se sert alors d'un ballon de Champetier de Ribes, introduit directement en chiffon et sans pince, dans la cavité constituée par le canal et le fond du vagin.

Le ballon est rempli d'eau phéniquée. Le tube de caoutchouc est fixé avec un peu de traction au pied du lit. La femme ne pouvant supporter les tractions continues, on laisse écouler une trentaine de grammes de liquide. Nouvelles tractions. Chloroformisation de la parturiente, pour calmer ses douleurs, et empêcher tout mouvement de sa part.

Après quelques minutes de tractions modérées, le ballon franchit la vulve. Hémorrhagie artérielle intense. Application du forceps Tarnier. Extraction du fœtus facile. L'enfant est vivant et le périnée intact.

Après un lavage chaud, l'hémorrrhagie s'arrête.

Délivrance normale. Suites de couches apyrétiques.

Le 28 octobre, la malade quitte la Maternité. On constate, depuis 8 jours, peu de tendance à l'exagération de la sténose vaginale. Le doigt introduit dans le vagin pénètre par une ouverture d'environ 5 centimètres de diamètre. Au niveau du col déchiqueté mais cicatrisé, des lambeaux assez courts, adhèrent aux parois vaginales.

Si le vagin est oblitéré dans toute ou dans la plus grande partie de son étendue, et convertie

en un cordon fibreux, il devient extrêmement difficile de créer une voie nouvelle sans ouvrir le péritoine, la vessie et le rectum. Néanmoins, une telle opération n'est pas absolument au-dessus des ressources de l'art. Ainsi, on a vu que Lombard (de Genève) avait réussi, dans un cas semblable, à créer une voie au fœtus entre la vessie et le rectum ; malheureusement l'utérus était déjà rompu et le fœtus mort.

Il est cependant des cas où l'on ne peut arriver à frayer par le vagin une voie suffisante par les incisions, et notamment, lorsqu'il existe en même temps un rétrécissement du bassin. Certains auteurs tels que Spiegelberg et Breisky redoutant les dangers d'hémorrhagie, d'infection, de fistules consécutives auxquelles ces incisions peuvent donner lieu, rejettent cette méthode, ainsi que nous l'avons déjà dit, et préfèrent soit l'opération césarienne conservatrice classique, soit celle de Porro.

Kayser a publié, il y a quelque temps, un travail dans lequel il relève toutes les opérations césariennes et les opérations de Porro, pratiquées jusqu'à présent, dans le cas qui nous occupe. Il est arrivé à un total de 15 opérations césariennes et 8 opérations de Porro.

Outre ces 15 opérations césariennes relevées par Kayser, on connaît deux autres cas : un de Madurowicz et un autre publié par Barnstedt, ce qui donne un total de 17 opérations césariennes, pratiquées pour malformations vaginales. Sur ces 17 femmes, 6 ont succombé, d'où

une proportion de mortalité évaluée à 35,29 %.

Voici une observation d'opération césarienne pratiquée pour une oblitération cicatricielle du vagin.

Observation XXX.

Galabin. — *Trans. of the obstet. Soc. of London*, 1877, vol. 18, p. 252.

Rétrécissement cicatriciel. — Opération césarienne. — Mort de la mère et de l'enfant.

Femme de 41 ans qui, à la suite d'un accouchement des plus laborieux, en 1873, avait eu, semble-t-il, une fistule vésico-vaginale. Elle devint enceinte pour la deuxième fois en 1876. Ses premières douleurs commencèrent le 2 octobre, mais restèrent assez légères pour qu'elle ne réclamât de l'aide que le 5.

Le 7 octobre, elle eut un frisson violent, se répétant fréquemment dans la journée ; pouls plein, fort à 130 ; température 38° 33 c. Le 8, elle entre à « Guys hospital » très affaiblie, ayant un pouls à 150, la respiration fréquente et haletante.

On constata alors que la vulve aboutissait à une dépression en forme d'entonnoir, à parois d'une dureté extrême d'où s'échappait une petite quantité de liquide excessivement fétide. Un cathéter n° 7 ne pouvait pas franchir le rétrécissement. Comme le temps pressait, on se résolut à pratiquer l'opération césarienne, comme étant la seule chance de salut. Elle ne réussit pas : malgré toutes les tentatives, il fut impossible de faire contracter l'utérus et la femme succomba à l'hémorrhagie,

au moment où on appliquait la dernière suture sur l'utérus. L'enfant était mort et on avait pu constater qu'aucune de ses parties n'était descendue dans le col, quoique celui-ci fût assez dilaté pour admettre deux doigts.

A l'autopsie de la femme, on put voir que la partie supérieure du vagin formait une petite poche au-dessus de la partie rétrécie du vagin, qui était creusée dans un tissu très dense. La communication avec la vessie partait du sommet de la dépression en entonnoir et paraissait constituée par ce qui restait de la partie postérieure de l'urèthre, quoique, deux ans auparavant, on l'eût décrite comme étant une fistule vésico-vaginale, admettant facilement le doigt.

Aux 8 opérations de Porro, signalées par Kayser, il faut ajouter 2 observations d'Ikeda et 1 de Courant. On arrive ainsi à un total de 11 opérations de Porro avec un seul décès, ce qui donne seulement une mortalité de 9.1 pour 100.

Voici 3 observations d'opérations de Porro, pratiquées pour atrésie vaginale : ce sont celles d'Ikeda, de Schauta et d'O. Weydlich.

Observation XXXI (résumée).

Ikeda. — *In Centralblatt für Gynaek.*, 1893, n° 46.

Rétrécissement annulaire. — Rupture du vagin. — Opération de Porro. — Résultats favorables pour la mère et l'enfant.

N. Y..., 29 ans, secundipare. Bonne santé antérieure. Réglée à 17 ans d'abord irrégulièrement puis régulièrement. Mariée à 22 ans. Un accouchement à 27 ans, si

laborieux, qu'il nécessita une application de forceps. Un mois après, elle vint consulter l'auteur parce que « c'était devenu plus étroit par le bas »,disait-elle.

Examen le 21 juillet 1891. Femme de grandeur moyenne, bien portante. Rien de particulier aux organes génitaux externes, mais l'orifice du vagin admet à peine un doigt. A 3 centimètres au-dessus de l'ouverture du vagin, on trouve un anneau de tissu cicatriciel très large, dur, très épais, rendant le canal vaginal si étroit que l'on ne pouvait introduire le petit doigt que très difficilement.

Col utérin inaccessible.

Dilatation par des bougies de plus en plus volumineuses, pendant un mois. Puis la femme cesse son traitement.

Le 29 mai 1893 au soir elle entre à l'hôpital.

Cessation des règles en août 1892. Grossesse normale. Début du travail le 27 mai à minuit. Rupture de la poche des eaux. Le 29, à 8 heures du soir, la parturiente est pâle, couverte de sueurs froides. Le pouls est petit ; le ventre est fortement tendu, sensible à la pression. Fœtus vivant. Au toucher, on sent l'anneau cicatriciel décrit précédemment. Au-dessus de la sténose, du côté droit, rupture longue et profonde du vagin s'étendant très haut dans le canal vaginal. Impossible de dire si cette rupture intéresse l'utérus. L'opération césarienne est décidée, mais les circonstances en sont défavorables, à cause surtout de l'état d'épuisement de la parturiente.

Après un rigoureux lavage antiseptique, incision de l'abdomen, à partir de l'ombilic jusqu'à un travers de main au-dessus de la symphyse, puis prolongation de

l'incision au-dessus de l'ombilic. Extraction de l'utérus sans l'ouvrir.

On pouvait très bien palper la tête fœtale à travers le col distendu et le vagin ; aussi on ne serra pas le tube de caoutchouc qu'on laissa provisoirement libre. Incision de l'utérus depuis le fond jusqu'à la partie inférieure du segment inférieur. L'incision ne porta d'abord que sur une faible étendue. Ecoulement minime de liquide amniotique, puis agrandissement de l'incision en longueur et en profondeur. Extraction de l'enfant relativement difficile, parce que la tête était déjà profondément engagée dans le bassin. Petite fille, débile, en état de mort apparente, vite ranimée.

L'utérus se rétracta beaucoup après l'extraction de l'enfant. Pour arrêter l'hémorrhagie, on serra très fortement le tube en caoutchouc. Délivre enlevé facilement et sans hémorrhagie. Section transversale de l'utérus à quelques centimètres au-dessus du tube. Moignon pansé à l'iodoforme et fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, qui fut suturée à la soie.

L'opération avait duré une heure et demie.

Suites de couches. — D'abord très graves, inquiétantes, elles prirent peu à peu un caractère normal, et le 12 juillet 1893, la malade sortait de l'hôpital parfaitement guérie. Sa petite fille se portait également bien.

Observation XXXII (résumée).

Schauta et O. Weydlich. — *Berlin, Klin. Woch.*, 1888, n°22.

Rétrécissement cicatriciel. — Opération de Porro. — Longue convalescence.

Femme de 32 ans, ayant un rétrécissement cicatriciel du vagin, paraissant remonter à une scarlatine. Le tra-

vail a commencé. L'enfant est vivant. La tête étant déjà au détroit supérieur, Schauta doit renoncer à lier l'utérus avant de l'inciser ; néanmoins l'hémorrhagie n'a rien d'inquiétant.

Traitement extra-péritonéal du pédicule. La guérison est retardée par une série de complications : exacerbation d'une ancienne cystite. Albuminurie. Bronchite.

Observation XXXIII (résumée).

Schauta et O. Weydlich. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1888, n° 22.

Atrésie cicatricielle. - Opération de Porro.

Femme de 36 ans, ayant eu un premier accouchement difficile, en l'absence de tous soins compétents, il y a 9 ans.

Début du travail, il y a 17 jours ; depuis 8 jours, l'enfant ne remue plus et on n'entend pas les battements cardiaques.

Immédiatement au-dessus de l'entrée du vagin, existe une atrésie complète formée par des cordons cicatriciels convergents ; la sonde en pressant dessus passe au travers. On dilate cette ouverture pour passer le doigt. Ce dernier arrive dans un canal fermé en haut par la tête fœtale.

Schauta se propose de faire l'opération césarienne.

La ligature préalable de l'utérus était impossible, vu l'engagement de la tête. L'incision à la paroi antérieure atteint le placenta. L'hémorrhagie est cependant peu considérable. Le fœtus était complètement macéré et le liquide dans lequel il baignait paraissait altéré.

En présence de la coloration vert foncé de l'endomètre, qui lui faisait craindre des accidents d'infection, Schauta se décide à enlever l'utérus. Traitement du pédicule en dehors du péritoine. La plus haute température fut celle du 3e jour (38°2). Ecoulement verdâtre, au début.

Schauta tient à ajouter que dans les deux cas ci-dessus il a eu, pour ainsi dire, la main forcée, car l'opération de Porro n'a été, pour lui, qu'un pis-aller. L'opération césarienne est, à son avis, l'opération de choix, en cas d'atrésie vaginale. Il a dû y renoncer chez la première femme à cause de l'impossibilité de donner un cours suffisant aux lochies, et, chez la deuxième, à cause de l'état de la muqueuse utérine.

Le grand avantage de l'opération césarienne sur celle de Porro, et qui fait qu'on doit lui donner la préférence dans beaucoup de cas, est de conserver, pour la malade, la possibilité d'une conception ultérieure, puisqu'on n'extirpe pas l'utérus.

Cependant, ainsi qu'on l'a vu, à n'envisager que la statistique publiée par Kayser, l'opération de Porro donne des résultats bien supérieurs à l'opération césarienne conservatrice.

Notre manque d'expérience, les divergences des auteurs et les circonstances variées dans lesquelles ces opérations ont été pratiquées, ne nous permettent pas de nous prononcer entre ces deux modes d'intervention et de poser

actuellement leurs indications d'une façon nette et précise.

Mais avant de conclure, il nous reste à dire quelques mots d'une opération qu'on tend de plus en plus, aujourd'hui, à substituer à l'opération de Porro : nous voulons parler de l'hystérectomie abdominale totale. A notre grand regret, nous n'avons pu trouver une seule observation dans laquelle cette opération a été pratiquée pour malformations accidentelles ou acquises du vagin, faisant obstacle à l'accouchement, ce qui nous aurait permis de tirer quelques conclusions relatives à sa valeur et à ses indications.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que, dans le cas qui nous occupe, ses indications sont les mêmes que si l'atrésie n'existait pas, c'est-à-dire, qu'il faudra la substituer à l'opération de Porro, toutes les fois qu'on aura affaire à un utérus cancéreux ou fibromateux, et qu'on redoutera les dangers d'une infection secondaire.

CONCLUSIONS

1° Les malformations accidentelles ou acquises du vagin reconnaissent le plus souvent pour cause un accouchement antérieur, très long et très laborieux : elles sont toujours d'origine cicatricielle.

2° Pendant la grossesse, elles se manifestent par des symptômes fort peu accusés. Elles ne sont généralement reconnues qu'au moment du travail.

3° Le diagnostic en est facile : il est basé principalement sur les signes que donnent le toucher vaginal et l'examen au spéculum ;

4° Le pronostic doit toujours être réservé, car elles exposent parfois à des ruptures utérines ou vaginales.

5° Pendant la grossesse, il est indiqué de ne pas intervenir.

6° Au moment de l'accouchement, si le travail traîne en longueur, il faut sectionner les brides, dilater les parties atrésiées, ou porter des incisions latérales peu profondes sur le tissu cicatriciel, avec un bistouri boutonné, en

prenant garde de ne point léser les organes voisins.

On complètera ces incisions à l'aide de manœuvres digitales.

7° Si, malgré ces incisions, le travail ne progresse pas, il faut faire une ou plusieurs applications de forceps.

8° Lorsqu'enfin ces diverses interventions n'ont donné aucun résultat appréciable, on doit terminer l'accouchement le plus rapidement possible, soit par l'embryotomie, soit par l'opération césarienne.

9° Les indications de l'opération césarienne ou de l'opération de Porro ne peuvent être nettement posées. Ces deux modes d'intervention seront cependant surtout indiqués, lorsque l'atrésie vaginale sera complète et qu'il existera en même temps un rétrécissement notable du bassin.

Vu :

Le 20 avril 1899.

Le Président de la Thèse,

A. HERRGOTT.

Vu par le Doyen :

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PEU. — *Pratique des accouchements*, 1694, p. 245.

LAUVERJAT. — *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*, 1778, p. 46-56.

Mme LACHAPELLE. — *Pratique des accouchements*, 1825, t. III, p. 396.

STEPHENS W. WILLIAMS. — *Gazette médicale de Paris*, 1833.

F. DUPARCQUE. — *Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée*, 1836, p. 317.

MANUEL MURRO. — *In Journal de Chirurgie* (Malgaigne). Paris, 1845, p. 346.

VELPEAU. — *Traité théorique et pratique des accouchements*, 1840, p. 514.

JACQUEMIER. — *Manuel des accouchements*, 1846, t. II, p. 183.

A. PUECH. — *Des atrésies des voies génitales de la femme*, 1864, p. 87.

CAZEAUX. — *Traité des accouchements*, 1870.

DOLÉRIS. — *Archives de Tocologie*, 1874, p. 313.

GALABIN. — *Transact. of the obstet. Soc. of London*, vol. XVIII, p. 252, 1877.

DELAUNAY. — *Etude sur le cloisonnement transversal du vagin*, thèse Paris, 1877.

BENICKE. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1878, t. II, p. 232.

KÜCHER. — *Wien. med. Presse*, 1879, n° 31, p. 993.

A. CHURCHILL. — *Traité des maladies des femmes*, trad. Leblond, 1881, p. 144 et suiv.

KENNEDY. — *Dublin-Journal* (A. Churchill).

WOLCZINSKI. — *Centralblatt für Gynœkologie*, n° 16, 1882.

L. DEBRAND. — *Des rétrécissements du conduit vulvo-vaginal*, 1884.

P. Budin. — *Obstétrique et Gynécologie*, 1885, p. 310-313.

Dr Wyder Théodor. — *Centralblatt für Gynækologie*, n° 7, 14 février 1885.

E Braun. — *Centralblatt für Gynækologie*, n° 40, 3 octobre 1885.

W. Lusk. — *Science et Art des accouchements* (traduct. Doléris), 1885.

Barnes. — *Traité d'obstétrique médicale et chirurgicale*. Paris, 1886.

Guéniot. — *Archives de Tocologie*, 1886, p. 200.

Léonhard Kessler. — *Berliner klin. Wochenschrift*, nos 29, 30, 32, 33. 1887.

Roth. — *In Thèse de J. Lyon*, Paris 1887, p. 80-83.

Hamonic. — *Thèse de J. Lyon*, Paris 1887, p. 75.

O. Kuestner. — *Zeitsch. für Geb. und Gynæk.*, 18-2.

Schauta et O. Weydlich. — *Berliner klin. Woch.*, n° 22, mai 1888.

Gallois. — *Dauphiné médical*, n° 11, novembre 1891.

A. Zimmermann. — *Correspondenzblatt für Schweiger Arzte*, n° 5, p. 152, 1er mars 1891.

Mlle E.-M. Mesnard. — *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1891, p. 516.

Crouzat. — *Séance de la Société obstétricale et gynécologique de Paris* (compte rendu), 1891.

Picot. — *Malformations de l'utérus et du vagin*. Thèse Paris, 1891.

Ikeda. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1893, n° 46.

A. Goldberg. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1894, n° 23.

M. Brunox. — *La Loire médicale*, 15 octobre 1895.

Magendie-Husté. — *Etude sur le cloisonnement transversal du vagin*. Thèse Paris, 1894.

Pozzi. — *Traité de Gynécologie*, 1898, p. 1041.

Bernard. — *Des cloisons congénitales du vagin*. Thèse Paris, 1898.

Tarnier et Budin. — *Art des accouchements*, t. III, p. 386 et 392.

Hayem. — *Revue des Sciences médicales*.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction..... 1
Description..... 6
Etiologie..... 12
Symptomatologie 21
Influence réciproque sur la Grossesse et l'Accouchement..... 26
Conséquences..... 26
Diagnostic et Pronostic 45
Traitement..... 50
Conclusions..... 101
Index bibliographique..... 103

Nancy. — A. Crépin-Leblond, 21, Rue Saint-Dizier.

IMPROBVS
OMNIA
VINCIT
LABOR